Nancy-Université
Université Henri Poincaré

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

➢ Contact SCD Nancy 1 : memoires@scd.uhp-nancy.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE HENRI POINCARE, NANCY

École de Sages-Femmes de METZ

TROUBLES PERINEO-SPHINCTERIENS

ET

REEDUCATION PERINEALE

Prise en charge durant la grossesse et les suites de couches

Mémoire présenté et soutenu par

LECUIVRE Solenne

Née le 29 novembre 1986

Promotion 2006-2010

Cet écrit n'engage que la responsabilité de son auteur.

REMERCIEMENTS

Je remercie ma directrice de mémoire, Mme Jacotot, sage-femme à lôHôpital Maternité de Metz, pour son aide précieuse et pertinente ainsi que pour sa disponibilité.

Jôai une dette particulière de reconnaissance à lôégard des 40 femmes interrogées dans le cadre de mon étude.

Enfin, je remercie toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire, par leur soutien, les entretiens accordés, les documents fournis, et les temps dôéchanges sur le sujet.

SOMMAIRE

Pages

INTRODUCTIONé 4

PREMIERE PARTIE : Troubles périneo-sphinctériens et rééducation périnéale...5

1. Rappel Anatomiqueé .6
   1.1. Le bassin osseuxé ...6
   1.2. Les muscles du plancher pelviené é é é é é é é é é é é é é é é ..é 6

2. Retentissement de la grossesse et de lôaccouchement sur le plancher pelviené é ..10
   2.1. Retentissement de la grossesseé é é é é é é é é é é é é é é ...é é 10
   2.2. Modification fonctionnelle lors de lôaccouchementé é é é é é é é ...10
   2.3. Interventions perpartum : impact sur le plancher pelviené é é é é é é ..11

3. Traumatismes du plancher pelvien secondaire à lôaccouchement par voie vaginale.....15
   3.1. Déficience musculaire du périnée et troubles de la statique des organes pelviensé .é é é 15
   3.2. Atteinte neurologique lors de lôaccouchementé é é é é é é é é é é ...16
   3.3. Incapacités fonctionnelles du périnée : troubles de la continenceé é é é ..17
   3.4. Apparition des dysfonctions sexuelsé é é é é é é é é é é é é é ..21
   3.5. Douleurs du périnéeé 22
   3.6. Conséquences tardives : les prolapsusé é é é é é é é é é é é é ..é ..22
   3.7. Autres conséquences : atteinte du rachis, de la ceinture pelvienne et de la sangle abdominaleé ..22

4. Rééducation du plancher pelvienné é é é é é é é é é é é é é é é é é ..é é .24
4.1. Rééducation périnéale dès la grossesseé é é é é é é é é é é é é é é ..24
4.2. Intérêt de la rééducation périnéale dans le cadre du post-partumé é é é é ..25
4.3. Prise en charge de la rééducation dans le cadre du post-partumé é é é ...é .25
4.4. Techniques de rééducation dans le cadre du post-partumé é é é ..é é é é 28

5. Informations dispensés aux patientes pendant la grossesse et le post-partumé é ...29
5.1. Généralités...é ...29
5.2. Informations durant la grossesseé é é é é é é é é é é ..é é é .é é .30
5.3. Informations lors du séjour en suites de couchesé é é é ..é é é é é é é .30

DEUXIEME PARTIE : Enquête et Résultatsé é é é é é é é é é é é .é é .32

1. Présentation de lôétudeé ..33
2. Résultatsé ..é é ..35

TROISIEME PARTIE : Vers une information adaptéeé é é é é .é é é é é 55

1. Connaissances des patientesé ..56
1.1. Profil de la population étudiéeé 57
1.2. Les troubles périnéo-sphinctériensé é é é é é é é é é é é é é é é é .58
1.3. Le périnéeé ...é é é 61
1.4. La rééducation périnéaleé .62

2. Echanges avec les sages-femmesé ..63
2.1. Lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalitéé é é é ..é 63
2.2. Durant la grossesse, lors des consultations en urgenceé ..é é é é é é ..é ..63
2.3. Lors de la surveillance en post-partum immédiat, en salle de naissanceé é ...64
2.4. Lors du séjour en suites de couchesé é é é é é é é é é é é é é é é é ...64

3. Confrontation entre les deux types de données précédentes é ..é é é é é é é .65

3.1. Les troubles périnéo-sphinctériensé é é é é é é é é é é é é é é é é .65

3.2. Le périnéeé ..67

3.3. La rééducation périnéaleé 67

4. Perspectives dôavenire é ...é ..68

4.1. Outils pour mieux informer les femmesé é é é é é é é é é é é é .68

4.2. Climat de confianceé 71

CONCLUSIONé é é é é é é é é é é é é é é é é é ..é é é é é é é 74

BIBLIOGRAPHIEé 75

ANNEXESé .é é é 80

Introduction

Pendant la grossesse, le corps se modifie, le poids de lôutérus gravide appuie sur les muscles du plancher pelvien, provoquant par conséquent chez certaines patientes des troubles périnéo-sphinctériens durant ou après la grossesse. De plus, certains accouchements peuvent accentuer cette fragilité. Afin de stabiliser et dôaméliorer cette atteinte, une rééducation périnéale peut être mise en place dans le post-partum voire dès la grossesse.

La sage-femme est un interlocuteur privilégié en contact avec la femme durant la grossesse, lôaccouchement et les suites de couches. Elle est qualifiée pour lui apporter des informations adaptées, claires et concises sur plusieurs thèmes comme celui des troubles périnéo-sphinctériens et sur la nécessité dôeffectuer des séances de rééducation périnéale. Elle est dôautant plus qualifiée pour informer les femmes quôelle peut elle-même pratiquer la rééducation du plancher pelvien. Cependant, bien que les mentalités évoluent au fil des années, ces sujets restent peu abordés spontanément par les patientes. Les tabous persistent.

Je me suis tout dôabord intéressée à lôarrivée des troubles périnéo-sphinctériens, à la rééducation périnéale et aux moments dôéchanges dont bénéficient les femmes pendant la grossesse et durant les suites de couches. Ensuite, jôai élaboré et mené 40 entretiens semi-directifs auprès de 40 accouchées aux services de suites de couches à lôhôpital Maternité de Metz et à lôhôpital Bel-Air de Thionville. Lôétude visait à sôenquérir des troubles périnéo-sphinctériens que les femmes ont pu ressentir pendant leurs grossesses et les suites de couches, de leur prise en charge et des informations transmises concernant la mise en place des séances de rééducation périnéale notamment lors du post-partum. Puis, jôai analysé les résultats de mon enquête afin de mettre en évidence si les informations transmises pendant la grossesse et les suites de couches sont suffisantes. Afin de transmettre une information adaptée, je propose une prise en charge des troubles périnéo-sphinctériens durant la grossesse et les suites de couches.

PREMIERE PARTIE

TROUBLES PERINEO-SPHINCTERIENS

ET

REEDUCATION PERINEALE

1. RAPPEL ANATOMIQUE : [19] [29] [36]

La statique pelvienne normale de la femme dépend dôun système de soutènement et dôun système de suspension. Le système de soutènement est constitué par : la concavité sacro-coccygienne et le raphé ano-coccygien. Le système de suspension est double : lôamarrage antérieur fixant les organes vers le haut et vers lôavant est en grande partie musculaire, contractile, dominé par les releveurs de lôanus ; lôamarrage postérieur fixant les organes vers le haut et lôarrière est purement ligamentaire, fibreux.

1.1. Le bassin osseux : [Annexe I]

Le pelvis osseux ou bassin osseux est constitué des deux os coxaux, du sacrum, et du coccyx. Ces os sont solidarisés par des articulations quasi immobiles, la symphyse pubienne, les articulations sacro-iliaques et sacro-coccygienne.

1.2. Les muscles du plancher pelvien

Au niveau superficiel, le périnée forme lôensemble des parties molles situées en dessous du diaphragme pelvien. Au niveau profond, le diaphragme pelvien sépare la cavité pelvienne du périnée.

1.2.1. Les muscles du plan superficiel : le périnée

1.2.1.1. Généralités :

Ses limites sont constituées par un cadre ostéofibreux, losangique, avec en avant, lôinférieur de la symphyse pubienne, et les branches ischio-pubiennes, et en arrière le sommet du coccyx et les ligaments sacro-tubéreux.

Il supporte les viscères en position orthostatique.

Le centre tendineux du périnée ou noyau fibreux central du périnée est une formation musculaire pyramidale aux limites imprécises, située sous la peau du périnée entre le canal anal en arrière et le périnée urogénital en avant. Il donne insertion aux muscles élévateur de lôanus, transverse du périnée et bulbo-spongieux.

La ligne transversale passant par les tubérosités ischiatiques sépare le périnée en deux segments triangulaires : le périnée antérieur ou région uro-génitale et le périnée postérieur ou région anale. Chacune de ces deux régions est située dans un plan différent. Ces plans forment un angle dièdre ouvert en haut. [Annexe II]

Chacun des plans musculaires du périnée possède un revêtement aponévrotique particulier

1.2.1.2. Le périnée antérieur [Annexe III]

Au niveau musculaire, les muscles transverses superficiels, ischio-caverneux, bulbo-caverneux occupent le triangle uro-génital de manière constante.

Les muscles superficiels du périnée antérieur

Le muscle ischio-caverneux s'insère à la face postérieur des branches ischio-pubiennes, se dirige en avant et en dedans et se termine sur le clitoris. Dans sa portion interne, il donne des fibres d'amarrage au tiers distal de l'urètre.

Le muscle bulbo-caverneux (ou bulbo-spongieux) s'insère en arrière sur le noyau fibreux central du périnée, circonscrit la vulve, en recouvrant le bulbe vestibuleux et se termine sur la face dorsale du clitoris.

Le muscle transverse superficiel (inconstant) est tendu transversalement de la face interne de la branche de lôischion au centre tendineux du périnée.

Le muscle constricteur de la vulve (inconstant) mince lame tissulaire, s'insère sur le noyau fibreux central du périnée et fait le tour du vestibule en dedans des bulbes.

Les muscles de lôespace profond du périnée antérieur

Il est constitué de deux muscles : le sphincter externe de l'urètre et le transverse profond.

Le sphincter externe de l'urètre est un manchon musculaire de 20 mm de hauteur, d'épaisseur variable, qui entoure l'urètre, sauf en bas où l'urètre est intimement lié au vagin. Les fibres superficielles contournent l'urètre et se terminent sur les parois latérales du vagin jusqu'au centre tendineux du périnée.

Le muscle transverse profond est aplati et triangulaire, il se fixe sur la face externe de la branche ischio-pubienne et se termine sur le centre tendineux du périnée.

1.2.1.3. Le périnée postérieur ou périnée anal [Annexe IV]

Le muscle sphincter externe de l'anus en est le seul muscle.

Il entoure la partie inférieure du canal anal et présente trois parties, sous-cutanée, superficielle et profonde.

La partie sous cutanée forme une lame de 15mm de largeur qui circonscrit l'anus.

La partie superficielle est située au-dessus de la précédente et encercle le canal anal. Elle s'insère en arrière, sur le ligament ano-coccygien et en avant, sur le centre tendineux du périnée.

La partie profonde est épaisse et étroitement unie au muscle pubo-rectal.

Au repos, le muscle sphincter externe de l'anus assure 15% de la pression d'occlusion du canal anal, le sphincter interne assurant 85% de la pression.

1.2.2. Les muscles du plan profond : le diaphragme pelvien [Annexe V]

Muscle releveur (élévateur) de l'anus

Ce muscle est essentiel au diaphragme pelvien ; chaque muscle élévateur de l'anus part d'une ligne d'insertion située dans le plan du détroit moyen du pelvis, pour se diriger en bas et en arrière vers la région ano-coccygien.

D'un point de vue morphologique et fonctionnel, il présente deux parties :

Le muscle ilio-coccygien :

Mince et essentiellement statique, il naît de la face postérieure du corps du pubis, de l'arcade tendineuse du muscle élévateur de l'anus, et de la face interne de l'épine ischiatique. Il se fixe sur le ligament ano-coccygien et les bords latéraux du coccyx.

Le muscle pubo-coccygien

Etroit, épais et essentiellement dynamique, il nait de la face postérieure du corps du pubis, près de la symphyse pubienne et se termine au dessus du muscle ilio-coccygien en deux faisceaux, le muscle pubo-rectal et le muscle pubo-vaginal.

Le muscle pubo-rectal se dirige vers lôangle ano-rectal pour se diviser en trois faisceaux latéro-rectal, se fixant, respectivement au niveau des parois latérales du rectum ; le faisceau rétro-rectal réalise une sangle rétro-rectal avec son homologue autour de lôangle ano-rectal ; le faisceau coccygien se termine au niveau du coccyx et du ligament sacro-coccygien ventral.

Le muscle coccygien

Muscle accessoire, il est triangulaire et adhérent au ligament sacro-épineux. Il naît de la face interne de lôépine ischiatique et se termine sur les bords latéraux du coccyx et des vertèbres sacrales S4 et S5.

Cependant, deux événements vont venir modifier ces structures : la grossesse et lôaccouchement.

2. RETENTISSEMENT DE LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT SUR LE PLANCHER PELVIEN [5] [7] [36]

La grossesse et l'accouchement (et plus particulièrement l'accouchement dystocique) sont des facteurs responsables ou favorisant de la plupart des prolapsus et des troubles périnéo-sphinctériens.

2.1. Retentissement de la grossesse

30 à 50% des troubles périnéo-sphinctériens apparaissent pendant la grossesse. Au sein de la population générale, 64% des femmes incontinentes ont constaté les premières fuites au cours de la grossesse [28].

Pendant la gestation, le poids des viscères augmente ainsi que la pression abdominale. Les ligaments péri-utérins épaissis et étirés peuvent rester plus ou moins lâches et entraîner une hypermobilité utérine. Certaines études confirment l'impact de l'effet spécifique de la grossesse sur la jonction urétro-vésicale, en-dehors du traumatisme de l'accouchement lui-même. En effet, la grossesse s'accompagne plus ou moins d'un prolapsus uro-génital avec une incontinence urinaire d'effort qui peut être régressive dans le post-partum.

De nombreuses études comparant la survenue de troubles périnéo-sphinctériens pendant la grossesse entre des accouchées par voie basse, et des femmes ayant accouchées par césarienne, confirment que la césarienne n'a qu'un effet protecteur partiel sur la statique pelvienne. Il apparait que la césarienne pratiquée, en cours de travail, a des conséquences sur le plancher pelvien comparable à celle constatée après un accouchement par voie vaginale.

2.2. Modification fonctionnelle lors de l'accouchement

2.2.1. Modification du segment ano- coccygien

Au cours de la première étape de la descente, la présentation, à chaque contraction, butte contre le coccyx alors repoussé en arrière provoquant ainsi l'allongement du segment précoccygien et une distension du périnée postérieur. Si le rectum n'est pas vide, les matières sont éliminées. Le périnée s'amincit sous l'effet de la compression.

2.2.2. Ampliation du segment ano-vulvaire

Continuant sa descente, la tête comprime et étale le centre tendineux du périnée. La région ano-vulvaire devient saillante. La distance ano-vulvaire sôétire démesurément, lôanus sôouvre largement. Le périnée continue de sôamincir, sa rupture peut devenir imminente ; côest le stade où il pourrait être nécessaire de pratiquer une épisiotomie.

2.2.3. Lôorifice vulvaire

Il se déplisse et se distend de plus en plus chez la primipare ; la déchirure des vestiges hyménéaux donne un léger saignement.

2.2.4. Au niveau du releveur de lôanus

On observe un comportement différent pour le faisceau externe dit sphinctérien et le faisceau interne ou élévateur.

Le faisceau ilio-coccygien

Lors de lôaccouchement, ce faisceau se relâche pour permettre lôouverture de la fente urogénitale et la descente de la présentation dans lôexcavation pelvienne. Il joue un rôle dans la rotation de la présentation.

Le faisceau pubo-coccygien

Le faisceau pubo-vaginal forme une véritable sangle postérieure de la moitié inférieure du vagin. Lors de lôaccouchement, celui-ci se contracte et élève le noyau fibreux central du périnée. Il se termine dans les tuniques musculaires du rectum. Lors de lôaccouchement, il se contracte et devient plus superficiel.

Lorsque la présentation commence sa déflexion, le périnée postérieur se distend et le noyau fibreux central est alors aplati, les faisceaux pubo-rectaux vont ainsi sôintégrer dans le périnée superficiel

Lôaccouchement par voie basse est le principal facteur favorisant lôapparition de troubles périnéo-sphinctérien, faisant lôunanimité, parmi les auteurs. [28]

2.3. Interventions perpartum : impact sur le plancher pelvien

2.3.1. Position de la parturiente pendant l'accouchement [13]

De nombreuses études ont conclu que l'adoption d'une position verticale ou en décubitus latéral pour l'accouchement est associée à une deuxième phase du travail plus courte et à un plus petit nombre d'accouchements instrumentalisés et d'épisiotomies. Ainsi, la position décubitus dorsal ou la position gynécologique pendant l'accouchement exercent un effet dôautant plus délétère sur le périnée.

La position verticale ou en décubitus latéral semble diminuer lôimpact de lôaccouchement sur les muscles périnéaux.

2.3.2. Circonstances de l'accouchement :

Concernant lôimpact du mobile fî tal sur le périnée, il existe un lien entre les lésions du périnée par étirement et le poids fî tal supérieur à 4000g. Ainsi plus le mobile fî tal sera dit macrosome, plus les muscles périnéaux auront été sollicités pendant la grossesse mais surtout lors de lôaccouchement. Les petits poids avec un poids de naissance inférieur à 2500g, présente le risque dôarriver en « bouchon de champagne » lors de lôaccouchement et donc de détériorer les muscles périnéaux, si la modération est insuffisante à lôaccouchement.

La longueur de la deuxième partie de lôaccouchement a également un impact sur le périnée. Plus la présentation aura distendu les muscles périnéaux pendant une plus longue durée, plus lôimpact au niveau périnéal sera important. Ainsi les présentations podaliques ou en occipito-sacrés ont un impact également important sur le plancher pelvien car la durée dôexpulsion est plus longue pour ces présentations.

2.3.3. Mode de poussée à lôaccouchement [12]

Le mode de poussée à lôaccouchement peut également être déterminant. Il existe deux modes de poussée principale : la poussée en blocage inspiratoire et celle en expiration freinée. Lôenceinte abdominale est limitée en haut par le diaphragme, latéralement par les muscles abdominaux, et en bas par le périnée. Au sein de cette enceinte, les viscères nôont pas de fixation statique. Leur position dépend de celle du diaphragme.

Lors de la poussée en blocage inspiratoire, la pression exercée entraine une descente diaphragmatique, qui abaisse les organes abdominaux, qui eux même appuient sur le périnée. Lors de la poussée en expiration forcée, un serrage maximum du transverse abdominal et des muscles obliques va entraîner une remontée du diaphragme et donc lôouverture périnéale devant le fî tus. Cette méthode de poussée est dite plus physiologique

Le mode de poussée à lôaccouchement peut donc avoir des conséquences plus ou moins traumatiques au niveau périnéal, pouvant aller jusquôà provoquer des prolapsus.

2.3.4. Anesthésie de l'accouchement par voie vaginale

Le rôle joué par lôanalgésie péridurale ou le bloc moteur pudendal, dans la survenue des plaies sphinctériennes, et l'incontinence du post-partum, n'est pas parfaitement élucidé. Cependant de nombreuses études tendent à montrer, que l'analgésie péridurale, augmente le risque dôaccouchements instrumentalisés, favorisant dôemblée le risque dôatteintes périnéales.

2.3.5. Déchirures obstétricales du périnée

Au niveau du périnée antérieur, la dilatation de la fente uro-génitale est proportionnelle à lôélasticité de lôanneau musculaire qui est meilleure vers lôarrière . Elle est fonction du volume fî tal, et de la rapidité dôexpulsion. Lôélasticité postérieure est limitée en cas de périnée hypertonique ou cicatriciel : les facteurs favorisants des lésions périnéales sont lôhypoplasie vulvaire, une distance ano-vulvaire courte et une dystocie de présentation.

Lôaccouchement le plus physiologique possible, aboutit à une distension jusquôà la limite de lôélasticité, ou à quelques ruptures microscopiques.

On différencie deux grands types de déchirures :

Les déchirures ouvertes vont être classées en différents degrés, selon quôelles atteignent plus ou moins lôanus :

1er degré, incomplètes ou partielles : la déchirure respecte le sphincter anal pouvant aller de lôatteinte de peau et de la muqueuse jusquôà la rupture complète du noyau fibreux central du périnée.

2ème degré ou complètes : le sphincter anal est atteint et la déchirure sôarrête au niveau de la marge anale.

3ème degré ou déchirures complètes compliquées : la paroi anale est rompue, mettant en communication lôanus et le vagin.

Les déchirures fermées sont des lésions sans déchirures cutanéo-muqueuses, pouvant être importantes. Elles concernent le noyau fibreux central du périnée, lôaponévrose moyenne, les muscles du périnée superficiel, le plan des releveurs et le fascia pelvien.

Quant aux ligaments génitaux, ils subissent une élongation. Les septums peuvent glisser, et la distension du diaphragme pelvien peut compromettre la continuité du fascia vaginal. Lôassociation de ces différentes lésions est le lit du prolapsus et de lôincontinence urinaire dôeffort.

2.3.6. Episiotomie

Lôanalyse systématique des épisiotomies pratiquées à lôoccasion dôun accouchement vaginal a conclu à la supériorité de lôutilisation restrictive de lôépisiotomie sur lôépisiotomie systématique, en ce qui concerne le traumatisme périnéal, la suture et la cicatrisation. Il nôapparaît pas de différences concernant les dyspareunies, lôincontinence urinaire et la douleur par rapport à une déchirure périnéale. Lôutilisation restrictive de lôépisiotomie augmente les traumatismes périnéaux antérieurs.

2.3.7. Aide à lôaccouchement

De manière générale, le risque de développer des troubles périno-sphinctériens est accru après un accouchement vaginal instrumentalisé.

Le risque de lésion du plancher pelvien est plus important avec forceps quôavec ventouse. Cela peut sôexpliquer par l'impossibilité de fléchir ou de faire pivoter la tête de l'enfant une fois le forceps en place. De plus, le volume supplémentaire occupé par le forceps passant par l'orifice, permet d'expliquer en partie l'augmentation des déchirures sphinctériennes. Il existe également un plus grand risque de plaie sphinctérienne avec un forceps.

De même lôexpression utérine, dont la pratique est fortement remise en question, par rapport à son utilité lors de lôexpulsion, est délétère et expose au prolapsus du fait de la force qui est apporté sur un périnée fragile.

3. TRAUMATISMES DU PLANCHER PELVIEN SECONDAIRES A L'ACCOUCHEMENT PAR VOIE VAGINALE [5] [17] [22]

Les conséquences de la grossesse et de lôaccouchement durant la période du post-partum sont variées : lôincontinence urinaire, lôincontinence fécale, les douleurs périnéalesé

3.1. Déficience musculaire du périnée et troubles de la statique des organes pelviens

Les muscles élévateurs de l'anus soutiennent les organes pelviens et contribuent au maintien de la continence. L'accouchement par voie vaginale, en particulier en deuxième partie du travail, quand apparaît la tête de l'enfant, distend le plancher pelvien et peut abaisser la position du périnée.

A l'échographie périnéale, après un accouchement par voie vaginale, il est mis en évidence, une diminution du soutien du col vésical au repos et une augmentation de la mobilité du col vésical à lôeffort, par rapport aux valeurs mesurées avant l'accouchement. Cette modification nôest pas observable pour des patientes ayant bénéficiées dôune césarienne.

Le déplacement du col vésical en post-partum est dôautant plus augmenté, que lôaccouchement a été instrumenté. L'accouchement par voie vaginale affaiblit les muscles du plancher pelvien, et les moyens de fixité des organes.

3.2. Atteinte neurologique lors de lôaccouchement

La préservation de l'innervation des muscles élévateurs de l'anus, des sphincters de l'anus et de l'urètre est indispensable à une fonction normale du plancher pelvien. Cependant, il semble que l'accouchement par voie vaginale puisse entraîner une dénervation du plancher pelvien chez près de 80% des femmes.

Il a été mis en évidence une neuropathie du nerf pudendal en rapport avec la distension tissulaire de lôaccouchement par voie basse. Le nerf pudendal innerve les muscles releveurs de l'anus et le muscle coccygien.

Les neuropathies pudendales et rectales se traduisent par le syndrome du périnée descendant, qui sôaccompagne dôune incontinence fécale, spontanément régressive au bout de six mois dans la grande majorité des cas. .

Bien qu'aucun signe de dénervation n'ait été observé après une césarienne programmée, des altérations ont été constatées après des césariennes pratiquées en urgence alors que le travail avait déjà commencé.

Les facteurs prédisposant majeurs semblent être la multiparité, lôaccouchement par voie basse assisté, le travail prolongé, lôallongement de la deuxième phase du travail, les antécédents de lésions périnéales, un poids de naissance élevé (supérieur à 4 kg). Les dommages sont cumulatifs chez la multipare.

3.3. Incapacités fonctionnelles du périnée : troubles de la continence

3.3.1. Dysfonction du bas appareil urinaire [37]

Lôincontinence urinaire du post-partum est présente selon les auteurs dans 15 à 50% des cas dont 30% guériront spontanément en 12 à 18 mois et 10% resteront invalidante. [28]

Le plancher pelvien exerce deux grandes fonctions liées à celle du bas appareil urinaire. Le complexe musculaire élévateur de l'anus assure un soutien anatomique à la voie excrétrice et l'activité du plancher pelvien influe sur le comportement du détrusor c'est-à-dire sur la capacité de contraction autonome de la vessie.

3.3.1.1. Classification des troubles de la continence urinaire :

- **Lôincontinence dôeffort**, qui se traduit par lôémission involontaire dôurine lors de mouvements (par exemple : toux, rire, éternuement, soulèvement dôune charge, effort violent) provoquant une augmentation de la pression intra-abdominale qui surpasse la résistance de la voie excrétrice en lôabsence dôune contraction réelle de la vessie.

- **Lôincontinence par impériosité,** qui se traduit par la perte dôurine accompagnée dôune sensation dôimpériosité, la patiente urinant avant dôavoir pu gagner les toilettes ; elle est due à une augmentation de la pression vésicale à la suite dôune contraction vraie de la vessie (hyperactivité motrice du détrusor).

- **Lôincontinence par regorgement** qui se définit par la perte involontaire dôurine par rétention urinaire secondaire à un défaut de contractilité vésicale ou à une obstruction de la voie excrétrice.

- **Lôincontinence « fonctionnelle »** se définit par la perte involontaire dôurine à la suite dôune incapacité dôutiliser normalement les toilettes en raison de troubles physiques ou mentaux.

3.3.1.2. Lors de la grossesse et du post-partum :

Au niveau vésico-urétral, pendant la grossesse, on observe une élongation de lôurètre qui est responsable dôune modification de lôangle urétro-vésical postérieur tendant à sôeffacer.

Cette modification, qui disparaît rapidement dans les suites de couches, et ce indépendamment du mode dôaccouchement, serait responsable de lôincontinence urinaire dôeffort pendant la grossesse. Cependant, on ignore encore de quelle façon ces modifications de lôunité sphinctérienne urétérale contribuent au développement ou à la persistance dôune incontinence urinaire après un accouchement vaginal. Jusquôà 82% des femmes rapportent des symptômes dôincontinence dôeffort au cours de la grossesse. Pendant la grossesse, il existe une relative protection contre lôincontinence urinaire dôeffort puisque la pression de clôture et les transmissions sont plutôt améliorées au troisième trimestre. Malgré cette protection physiologique, lôincontinence urinaire se manifeste, surtout au dernier trimestre, par des fuites urinaires apparaissant alors dans un contexte de pollakiurie et dôimpériosités. Ces fuites du dernier trimestre sont très majoritairement réversibles. Les fuites qui apparaissent dès le premier trimestre sont plutôt des incontinences urinaires dôeffort, évocatrices dôinsuffisance sphinctérienne. Ce sont ces fuites qui persisteraient en post-partum. Les mécanismes des fuites sont nombreux, la grossesse peut également aggraver une incontinence préexistante. La grossesse entraîne incontestablement des modifications hormonales et anatomiques qui ont des conséquences sur la musculature périnéale et les structures fibro-ligamentaires.

Lôincontinence urinaire en post-partum touche essentiellement les femmes avant ou à lôentrée dans la grossesse, et les femmes ayant accouché par voie basse. Néanmoins, 3 à 4 % des femmes ayant accouché par césarienne présente une incontinence urinaire.

Les risques de lésions semblent essentiellement liés à la durée de lôexpulsion et au poids fî tal. La conduite obstétricale aurait une influence minime (épisiotomie, forceps, dystocie).

3.3.2. Troubles de la continence anale [2] [3]

Lôincontinence anale après un accouchement touche 1 à 5% des patientes, selon les auteurs. Elle est nettement plus importante chez les primipares (7,5 %) que les multipares (0,8 %), avec une résolution spontanée dans troubles dans les 6 mois du post-partum pour 40% dôentre elles. [22]

3.3.2.1. Classification des troubles de la continence fécale :

- Incontinence mineure :

Lôincontinence anale mineure est une petite souillure occasionnelle des sous-vêtements ou une perte de contrôle des gaz. A ce niveau, le degré de gène sociale est probablement minime et une maladie ou un trouble sous-jacent sévère est rare telles que des hémorroïdes du troisième degré , le prolapsus dôun polype anal ou une fissure anale empêchant une hygiène normale. La lésion du sphincter interne est probablement le résultat du traumatisme induit par le prolapsus fréquent des quatre couches de la paroi rectale oedématiée.

- Incontinence majeure:

On entend lôémission fréquente et incontrôlable de selles moulées ; elle entraîne une invalidité significative. Les infections digestives sévères (choléra, shigellose, amibiase par exemple) et les entéropathies inflammatoires sévères peuvent induire une incontinence anale. Les incontinences anales majeures présentent habituellement une déficience significative du sphincter anal externe ou des muscles du plancher pelvien.

Des études de la conduction nerveuse ont montré que dans la plupart des cas, la dénervation était secondaire à une lésion des nerfs pudendaux de lôinnervation des muscles du plancher pelvien.

Lôincontinence fécale est un processus physiologique complexe qui dépend de lôinteraction de multiples facteurs : consistance des selles, motricité intestinale, compliance et capacité de stockage du rectum, et intégrité fonctionnelle du sphincter anal externe et du muscle pubo-rectal.

3.3.2.2. Lors de la grossesse et du post-partum :

La proximité anatomique entre la filière uro-génitale et le canal anal est à lôorigine des principales conséquences de lôaccouchement par voie vaginale sur le périnée postérieur. Les muqueuses anales et vaginales ne sont séparées en bas que par une structure tendineuse : le noyau fibreux central du périnée. Pendant la grossesse, la pression sôexerçant sur le périnée est augmentée, mais du fait de lôantéversion utérine, il nôexiste plus de modification notable de la fonction sphinctérienne.

Lors de lôaccouchement, le périnée postérieur est le premier à se distendre et on observe un déplacement du noyau fibreux central du périnée. Par conséquent, après tout accouchement, non compliqué de rupture sphinctérienne, apparaît une altération de la fonction des sphincters : diminution significative des pressions basales et des pressions de contractions volontaires, mesurées six semaines avant et après un accouchement par voie vaginale. Au décours dôun accouchement par césarienne, ces pressions ne sont pas modifiées. Trois mois après lôaccouchement, il existe une normalisation spontanée des pressions étudiées. Cette altération fonctionnelle est la conséquence dôun ensemble de minimes traumatismes obstétricaux à lôorigine de dilacérations des fibres conjonctives, musculaires et nerveuses du périnée et de la chute du taux hormonal.

Le développement du syndrome de lôincontinence anale est aussi favorisé par les traumatismes occultes et chroniques des sphincters de lôanus. Ainsi comme on a vu précédemment, lôaccouchement est un traumatisme important. Les délais dôapparition cliniques des troubles de la continence dépendent de lôexistence de cofacteurs comme la bronchite chronique, la constipation ou lôactivité physique à risque.

3.3.2.3. Constipation: [1] [19]

Définition : On parle de constipation lorsquôen l'absence de laxatifs, les patientes se plaignent, au moins de deux des points suivants, sur douze semaines, et, pendant les douze derniers mois : avoir moins de trois évacuations de selles par semaine, avoir des selles dures dans plus de 25% des cas et, avec un sentiment d'évacuation incomplète dans plus de 25 % des cas, effectuer des efforts excessifs dans plus de 25 % des cas , et/ou nécessité d'une manipulation digitale pour faciliter l'évacuation.

Ainsi, la constipation touche 30% des femmes enceintes. Elle favorise la prise de poids excessive au cours de la grossesse, par lôaugmentation de lôabsorption gastrique. La grossesse ralentit le transit intestinal sous lôeffet de lôassociation de plusieurs facteurs : lôimportante sécrétion de progestérone par le placenta, la réduction de lôactivité physique, et la compression exercée par lôutérus et son contenu (fî tus, placenta et liquide amniotique) sur le tube digestif (ce rôle nôest pas admis par tous les auteurs). Afin dôy remédier, il faut boire beaucoup (pendant et entre les repas, au moins 1litre et demi à deux litres par jour, au besoin boire à jeun pour favoriser le réflexe estomac-côlon qui aboutit à lôaccélération du transit au niveau du colon), consommer des aliments riches en fibres, (pain, féculents, légumes sec..) faire si possible des exercices doux (marche, natation, gymnastique) et interroger un médecin ou une sage-femme si ce régime nôest pas suffisant.

La constipation en post-partum est dite physiologique. Le retour à lôétat antérieur du transit est lent et ce ralentissement ne se corrige quôau bout de 2 à 3 mois.

Ainsi compte tenu de la fragilité du périnée après lôaccouchement, il paraît dôautant plus important dôéviter dôaggraver cette atteinte, en informant les patientes notamment lors du séjour en suites de couches.

3.4. Apparition des dysfonctions sexuels

Après un accouchement, il apparaît que lôorgasme clitoridien nôest presque jamais affecté. Cependant, lôorgasme vaginal serait diminué chez 18% à 25% des patientes, suite à un accouchement par voie basse spontané, non assisté. Les nerfs pudendaux jouent un rôle central dans lôactivité sexuelle normale, en véhiculant lôinformation dôexcitation provenant du périnée, en transmettant les stimuli parasympathiques au clitoris et en acheminant les influx somatiques vers les muscles bulbocaverneux, ischiocaverneux et pubococcygien. Dôaprès de plus récentes études, la rééducation musculaire du plancher pelvien, couplée au biofeedback et à lôélectrostimulation, entraîne une amélioration de la qualité de lôorgasme vaginal, suite à la comparaison de patiente pratiquant ou non cette rééducation.

3.5. Douleurs du périnée

Au niveau des douleurs périnéales, elles peuvent être présentes jusquà 2 mois du post-partum (plus de 20% des cas) voir après 12 mois (10% des cas). Elles consistent en une sensation de gêne sourde, de pesanteur périnéale et de la région péri-anale, saggravant à la station assise. En général, elles disparaissent spontanément en quelques semaines, si elles ne sont liées quà de petits hématomes interstitiels.

3.6. Conséquences tardives : les prolapsus

Le prolapsus génital (ou « descente dorganes » dans le langage courant) est un déplacement anormal, soit dun seul organe, soit de deux organes, soit des trois organes du pelvis vers le bas avec, éventuellement, lissue de cet organe à lextérieur, à travers lorifice vulvaire ou à travers l'anus.

Laccouchement par voie vaginale est le principal facteur à lorigine des troubles de la statique pelvienne. Le rôle du premier accouchement est primordial, les accouchements suivant ne faisant quaggraver le plus souvent des dégâts initiaux par simple effet de sommation ; notamment si la rééducation du périnée na pas put être effectuée entre les accouchements. Il est classique de considérer que le risque de prolapsus augmente avec la parité.

La prévalence des prolapsus avec symptôme est de 10 à 20 % alors que le taux de prolapsus est de 2 % chez les nullipares.

Dautres évènements de vie sont également mis en cause dans les prolapsus :

- La grossesse elle-même, sous leffet de laction relaxante de la progestérone et de lhyperpression abdominale.
- Le vieillissement par appauvrissement du collagène et déficit oestrogénique
- La chirurgie enfin, notamment celle de lincontinence urinaire par modification de la résultante des forces de pression

3.7. Autres conséquences : Atteinte du rachis, et de la sangle abdominale

Lôévolution la plus fréquente de la lordose lombaire est une diminution significative entre le 2ème et le début du 3ème trimestre de grossesse, puis une accentuation qui se poursuit dans les premiers mois du post-partum. Aucune étude retrouvée nôa montré les éventuelles corrélations entre la posture et les douleurs en post-partum. Des douleurs lombaires et/ou de la ceinture pelvienne (pubalgies et douleurs pelviennes postérieures) sont fréquemment présentes plusieurs mois après lôaccouchement chez plus dôun tiers des femmes.

Les douleurs de la sangle abdominale sont les douleurs cicatricielles déclenchées par le mouvement qui sont les plus intenses. Le diastasis des grands droits est défini comme une augmentation de la distance intermusculaire à différents niveaux de la ligne blanche. Il apparaît entre le 5ème et le 7ème mois de grossesse avec une incidence de 66% au troisième trimestre de la grossesse.

CAUFRIEZ (2002) a étudié une population de 1 500 femmes incontinentes à lôeffort ayant au moins 2 enfants. Parmi ces femmes, toutes celles présentant une hypotonie du plancher pelvien ont une hypotonie de la sangle abdominale avec un diastasis fonctionnel des grands droits de lôabdomen. La capacité des muscles abdominaux à maintenir, contre résistance une statique lombo-pelvienne physiologique est donc encore considérablement compromise à huit semaines du post-partum.

4. REEDUCATION DU PLANCHER PELVIEN : [8] [13] [19] [22]

La qualité de vie de milliers de femmes devrait être améliorée par la rééducation périnéale qui pour être efficace, devrait être commencée dès la grossesse, s'accompagner du respect de quelques règles fondamentales lors de l'accouchement, et se poursuivre après la naissance.

Lôindication de rééducation périnéale, la plus ancienne, datant de 1948, est celle effectuée dans le cadre du post-partum.

4.1. Rééducation périnéale dès la grossesse :

Si lors de la préparation à la naissance, des exercices sur le contrôle respiratoire, la statique du bassin et de la colonne sont intégrés, une information sur le plancher pelvien paraît également importante. La rééducation périnéale, à lôexception de lôélectrostimulation, peut être effectuée chez des femmes présentant une incontinence urinaire dès le début de la grossesse.

La rééducation périnéale pendant la grossesse nôest pas une pratique courante, il existe peu de publication sur ce thème. Il apparaît cependant quôil nôest pas souhaitable de prendre en charge systématiquement toutes les femmes enceintes qui présentent une incontinence urinaire. Cette rééducation est délicate en raison de la proximité anatomique avec lôenfant.

Elle est donc réservée à une population à risques côest à dire aux patientes socialement gênées qui expriment une demande. A défaut de mettre en place, une prise en charge pour toutes les patientes, la grossesse est un moment opportun pour les sensibiliser et les informer.

4.2. Intérêt de la rééducation périnéale dans le cadre du post-partum:

Prévention des prolapsus : la musculation du périnée à l'apprentissage du verrouillage périnéal à l'effort, permet la correction de la béance, et, la réintégration des prolapsus, modérés améliorant la gêne (sensation de pesanteur) qu'éprouvent les patientes.

Retrouver une vie sexuelle satisfaisante, avec tout le plaisir possible, dès le deuxième mois après l'accouchement. Le périnée est souvent distendu : quelques séances de rééducation et du travail personnel suffisent à retrouver le bien être d'avant l'accouchement

Améliorer la continence urinaire : la continence urinaire est assurée par le sphincter de l'urètre, muscle lisse. Son tonus augmente au fur et à mesure que la vessie se remplit - pour un remplissage donné, le sphincter strié alors se contracte quand les sphincters lisse et strié sont insuffisants ou ne peuvent travailler dans des conditions efficaces, les releveurs devraient pouvoir prendre le relai.

4.3. Prise en charge de la rééducation dans le cadre du post-partum :

Le post-partum est la période décisive qui conditionne fortement, selon la prise en charge effectuée lœévolution ou lôapparition de pathologie périnéale.

La rééducation périnéale post-natale est prise en charge intégralement par la sécurité sociale. Elle peut être pratiquer par une sage-femme (sauf chez les nullipares) ou par un kinésithérapeute. Elle peut être prescrite par un médecin ou par une sage-femme lors de la visite post-natale. [Annexe VII]

4.3.1. En post-partum immédiat :

Dès la table dôaccouchement :

Indépendamment des conditions obstétricales, il faut éviter de pousser sur le fond utérin de haut en bas mais stimuler lôutérus. Il est déconseillé de lever une patiente trop tôt dôautant plus si elle a le col utérin à la vulve.

Dans les premiers jours, durant le séjour en suites de couches :

Il est souhaitable de mobiliser le périnée sans lôépuiser pour vasculariser et assouplir les sutures. Il est important dôaménager les positions afin de ne pas trop solliciter la cicatrice : les postures à quatre pattes notamment (fesses en arrière pour éviter lôhyperlordose). Ces positions permettent de très bien respirer, de stimuler le transit et refaire une sangle abdominale sans pousser les organes vers le bas.

De plus, elles soulagent les hématomes, les hémorroïdes et les douleurs dôépisiotomie. Il faut empêcher de stimuler les muscles abdominaux et donc éviter les portages, les stations debout. Il est conseillé de travailler la statique, en proposant à la patiente dôutiliser la méthode de lôexpiration forcée lors de ses mouvements. Il faut également traiter la constipation, gérer la défécation, et vider la vessie sans pousser. Lôaménagement de la position aux toilettes, avec un petit banc sous les pieds et en position penchée en avant, reproduisant la position sur les toilettes à la Turque, assure un détente périnéal.

Lors de la visite de sortie de la maternité notamment, il paraît fondamental dôinformer les patientes en maternité sur lôévolution spontanée des déficiences périnéales et de sôassurer de la prise de conscience de lôatteinte périnéale. Il faut également insister sur la nécessité de se rendre à la consultation post-natale.

4.3.2. Avant la consultation postnatale :

Côest une période de grande fatigabilité qui va durer 6 à 8 semaines après lôaccouchement, moment auquel sôeffectue en général la visite post-natale. Côest la période des soins périnéaux avec surveillance de la cicatrice, de lôinvolution utérine. Côest la période où lôimprégnation oestrogénique tissulaire fait défaut, cette carence hormonale majeure est dôailleurs visible (coloration, aspect tissulaire). Les forces de retenues sont, pendant cette période qui se prolonge en cas dôallaitement, amputées de leur composante trophique. Le plancher pelvien a pour le moins subi des microtraumatismes, souvent des lésions importantes, il est affaibli. Pour toutes ces raisons, il faut éviter le renforcement systématique et intensif de la musculature abdominale. Au niveau de caisson abdominal cela équivaut à renforcer les murs, la façade parce quôelle est visible, alors que les fondations ne sont pas consolidées. Or, pour le plancher pelvien, il y a urgence à ne pas se précipiter, il faut respecter les délais de cicatrisation.

Cette période correspond également à un changement considérable dans le rythme de vie quotidienne de la femme. En revanche, on peut prendre en charge toutes les douleurs quôelles soient périnéales ou rachidiennes et les problèmes fréquents de circulation veineuse. Toute gymnastique de détente, douce, basée sur la respiration, la prise de conscience du schéma corporel reste tout à fait indiquée. La femme peut rapidement débuter des contractions volontaires du plancher pelvien avec un auto-contrôle par palpation du noyau fibreux central ; des exercices et les positions adaptées permettent, dôactiver la sangle abdominale de manière « intelligente ». Côest lôeffet néfaste du renforcement hyperpressif des muscles obliques et droits de lôabdomen quôil faut éviter (abdominaux, jogging..). Mais côest également durant le séjour à la maternité, si cela nôa pas pu être effectué quôil faut informer les femmes sur ces thèmes.

Il faut donc faire prendre conscience à la jeune mère, dont les repères avaient changé pendant la grossesse, quôil est possible de rectifier son attitude physique et ses automatismes, grâce à la rééducation.

4.3.3. La consultation post-natale :

Côest lors de cette consultation que lôindication dôune prise en charge rééducative va être envisagé. La prescription de séances de rééducation du post-partum découle des symptômes décrits par la patiente ou décelés lors de lôexamen clinique effectué au cours de la consultation postnatale par la sage-femme ou par le médecin gynécologue-obstétricien (6 à 8 semaines après lôaccouchement).

Dix à vingt séances au maximum peuvent être proposées aux patientes. Si lôamélioration notée par la patiente et le thérapeute est présente mais insuffisante, une prolongation du traitement est envisageable (10 à 15 séances). Si lôamélioration est jugée satisfaisante ou suffisante par la patiente ou si les critères objectifs dôévaluation montrent une amélioration nette ou une guérison, alors la rééducation peut être interrompue.

4.4. Techniques de rééducation dans le cadre du post-partum

4.4.1. Rééducation périnéale manuelle

Elle est toujours indispensable et de première intention. Elle se pratique par voie vaginale, les doigts du thérapeute étant posés sur la corde des releveurs. La femme serre ses muscles releveurs. Ce temps représente la prise de conscience au niveau du schéma corporel, de cette musculature périnéale acquise. Nous demandons à la femme de la soutenir pendant 5 à 10 secondes, puis ensuite, après un temps de repos double, de la répéter. On effectue alors un testing des releveurs de l'anus, c'est-à-dire une évaluation de la capacité de résistance des muscles aux doigts de lôopérateur.

4.4.2. Biofeedback

Le biofeedback est une méthode de rééducation utilisant une rétro-information externe. Son but est la prise de conscience. Il sôagit dôapprendre ou de réapprendre la contraction volontaire des muscles pelviens. Le biofeedback n'est pas une méthode de renforcement musculaire. Son objectif est donc de modifier une réponse physiologique inadaptée, ou de faire acquérir une nouvelle réponse physiologique. Cette technique utilise le plus souvent une sonde vaginale, à usage unique ou à usage personnel.

C'est en début de rééducation que le temps consacré au biofeedback se doit d'être important. Lorsque la prise de conscience est acquise, son intérêt se limite au contrôle occasionnel.

4.4.3. Electrostimulation ou stimulation électrique fonctionnelle

Le courant électrique est appliqué au contact de la muqueuse vaginale au moyen dôune électrode métallique. Ce courant est utilisé à titre thérapeutique afin de stimuler la contraction musculaire, par le biais dôune activation des nerfs gouvernant les muscles. Côest un traitement non douloureux et « passif ». Une sonde vaginale est également nécessaire.

Deux types dôaction sont le plus souvent recherchées :

- Lôaction excito-motrice : la stimulation électrique renforce directement le plancher périnéal par action sur les fibres musculaires.
- Lôaction antalgique : ils sont intéressants dans le post-partum pour les patientes présentant des dyspareunies et des séquelles douloureuses dôépisiotomie.

4.4.4. Une méthode controversée : le stop-pipi

Il sôagit dôarrêter volontairement le jet dôurine pendant une miction, alors que la vessie nôest pas encore vide. Le stop-pipi est souvent utilisé comme « exercice ». Le périnée et le sphincter urinaire strié enserrent le canal urinaire et diminuent son diamètre en se contractant. Lôarrêt du jet est du à la contraction des muscles releveurs de lôanus qui entraîne une diminution du tonus de la vessie par voie réflexe. La réussite du stop-pipi nôest pas proportionnelle à la puissance de contraction des muscles. Cet exercice est un moyen concret de vérifier que la contraction du périnée est réalisée correctement, donc lôétape de prise de conscience des muscles est acquise. Mais cela ne signifie pas que les muscles du périnée sont puissants, ni que le sphincter est solide, ni quôil nôy a pas de risque de troubles urinaires. De plus son exercice répété, peut entraîner la stagnation des urines dans la vessie et favoriser les infections urinaires.

5. INFORMATIONS DISPENSEES AUX PATIENTES PENDANT LA GROSSESSE ET LE POST-PARTUM [15] [20] [23]

La prise en charge rééducative est dans un continuum avec le suivi médical prénatal comme avec la préparation à la naissance et à la parentalité.

5.1. Généralités

Il persiste même de nos jours des difficultés, des résistances non négligeables à la diffusion du message périnéal dans le grand public. Ce nôest que récemment que les revues de presse féminine consacrent occasionnellement un article à propos de lôincontinence urinaire et du plancher pelvien.

Les troubles périnéo-sphinctériens doivent être évoqués lors des entretiens médicaux par les professionnels, car peu de femmes lôaborderont spontanément. Il persiste une peur de la part des femmes et des professionnels pour aborder ce thème, par crainte ou par pudeur. Il sôagit dôun sujet dit tabou.

Pour quôune information soit comprise et recueillie, elle doit être adaptée et apportée le plus tôt possible lors de la grossesse afin de permettre à la patiente de pouvoir y réfléchir et dôinterpeller un professionnel par la suite.

5.2. Informations durant la grossesse : [21]

La grossesse est un événement naturel. Afin dôidentifier dôéventuelles complications et dôaméliorer le confort et le vécu de chaque femme enceinte, le suivi de la grossesse est nécessaire.

Lôinformation requiert un environnement adapté. Les consultations prénatales doivent permettre aux femmes de parler de ce qui touche à leur intimité.

De manière générale, il est recommandé que la première consultation prénatale ait lieu avant 10 SA. On prévoit 6 consultations (1 par mois) à compter du premier jour du 4ème mois de grossesse jusquôà lôaccouchement.

Parallèlement à ce suivi médical, 8 séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont systématiquement proposées, la première naissance étant consacrée à lôentretien individuel ou en couple du premier trimestre (dit « du 4ème mois »).

La préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) permet dôaméliorer « lôétat de santé global des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-né ». Lôentretien précoce est le moyen, dôidentifier les besoins dôinformations et dôapprécier la santé globale de la femme enceinte ou du couple afin dôorienter vers des dispositifs dôaide et dôaccompagnement si nécessaire. Les autres séances prénatales, permettent de préparer la naissance et lôaccueil de lôenfant, et de soutenir la fonction parentale.

5.3. Informations lors du séjour en suites de couches

Côest un moment important et essentiel permettant lôinformation et lôéducation des patientes. Au niveau périnéal, il est recommandé dès les premiers jours après lôaccouchement de sôassurer du niveau dôinformation de la patiente, et sôinformer spontanée des déficiences périnéales, rachidiennes, pelviennes et abdominales. Ce moment permet dôinsister sur la nécessité de la consultation post-natale.

D. W. WINNICOTT a établi que dès la grossesse et surtout après lôaccouchement , l'enfant se trouve dans un environnement humain spécifique, marqué par l'état psychique très particulier de la mère, qui consiste en un repli total de sa libido sur elle-même : il sôagit de la définition de la préoccupation maternelle primaire. Aussi les patientes sont dôune extrême sensibilité à lôégard de tout ce qui a trait à leurs nourrissons. Elles sont alors peut être moins réceptives aux informations que lôon pourrai leur transmettre pour elles-mêmes et leurs couples.

DEUXIEME PARTIE

ENQUETE ET RESULTATS

1. PRESENTATION DE LôETUDE

1.1. Problématique

La grossesse est un facteur de risque important d'augmentation des troubles périnéo-sphinctérien. 64% des femmes incontinentes ont constaté les premières fuites au cours de la grossesse. Je souhaite m'intéresser aux informations que les patientes reçoivent pendant la grossesse et durant leur séjours en suites de couches.

Les informations transmises aux femmes pendant la grossesse et dans le post-partum immédiat sont-elles suffisantes pour leur permettre de prendre en charge leur troubles périnéo-sphinctériens?
Nos patientes sont-elles suffisamment informées pour comprendre lôintérêt dôeffectuer une rééducation périnéale ?

1.2. Objectifs

Il sôagit dôévaluer les connaissances des femmes à la fin de leur séjour en suites de couches, au sujet de leur périnée et de la rééducation périnéale.

Mes entretiens ont comme but de définir exactement quelles sont les informations données aux patientes, par les professionnels ou dôautres moyens, en suites de couches et/ou pendant la grossesse, à propos des troubles périnéo-sphinctériens, et de la rééducation périnéale.

1.3. Hypothèses

A lôissue de lôétude des entretiens, il sôagit de valider ou dôinfirmer les hypothèses suivantes :

- La grossesse est un moment opportun pour sensibiliser les femmes, lors des séances de préparation à la naissance et des consultations prénatales.
- Les troubles périnéo-sphinctériens constatés pendant la grossesse sont des facteurs de risque important pour le déroulement du post-partum.
- Trop souvent tabous, les troubles périnéo-sphinctériens sont insuffisamment abordés par les professionnels de la naissance, notamment lors des informations dispensées par les sages-femmes, au moment de la visite médicale de sortie de la maternité.

1.4. Modalités de lôétude

Afin dôatteindre mes objectifs, jôai réalisé 40 entretiens anonymes [Annexe VI] auprès des accouchées : dans les services de suites de couches à lôHôpital Maternité de Metz (les services de Maternité 1 et 2) et à lôHôpital Bel-Air de Thionville (les services 91 et 92).

Jôai choisi de mener une enquête de type qualitatif par le biais dôentretien semi-directifs, permettant lôexpression libre des femmes sur le sujet.

Lôenquête a été réalisée sur la base dôune grille dôentretien testée préalablement auprès de deux accouchées au mois dôoctobre 2009. Afin dôobtenir un maximum données, sur lôinformation délivrée, durant la grossesse et lors du séjour en suites de couches, jôai rencontré ces patientes, la veille de leur sortie de lôhôpital.

1.5. Biais et difficultés de lôétude

Afin de pouvoir recueillir un maximum dôinformations, sur les données qui sont transmises aux patientes pendant leur séjour en suites de couches, jôai effectué mes entretiens la veille de leur sortie, du service de maternité. Cependant en fonction des professionnels en exercice, lôentretien de sortie effectué par les sages-femmes pouvait être fait le jour même de la sortie.

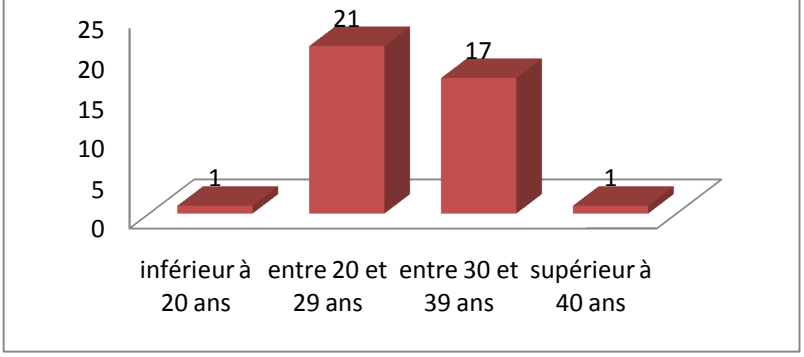
Certaines patientes nôavaient donc pas reçu toutes les informations.

2. RESULTATS

2.1. Population étudiée

2.1.1. Age

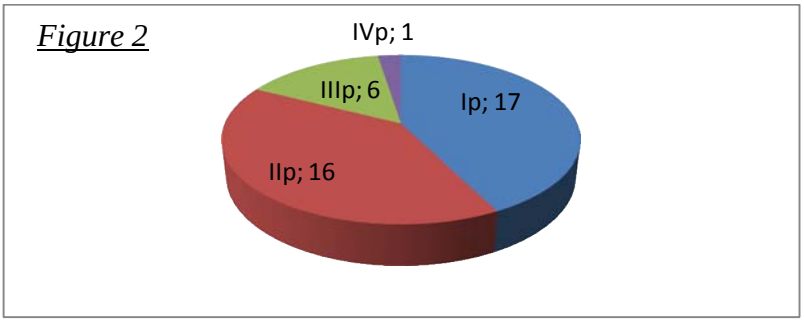
Figure 1



Sur les 40 patientes, la majorité a entre 20 et 29 ans.

2.1.2. Parité

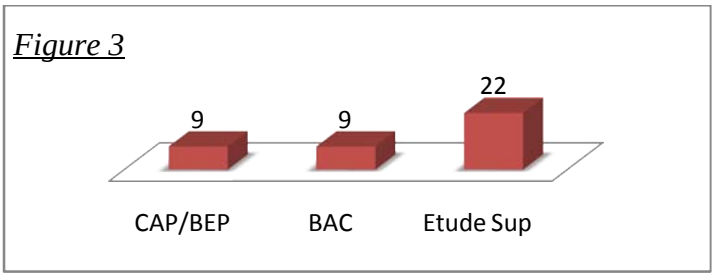
Figure 2



Sur les 40 patientes : on dénombre 17 primipares et 23 multipares.

2.1.3. Niveau dôétude

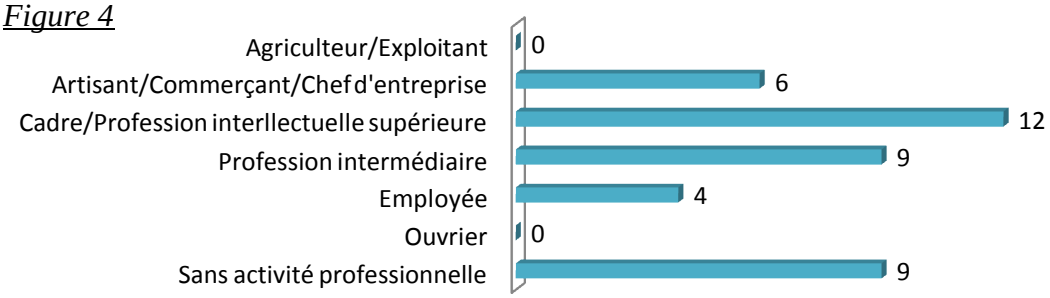
Figure 3



Sur les 40 patientes : la majorité a effectué des études supérieures.

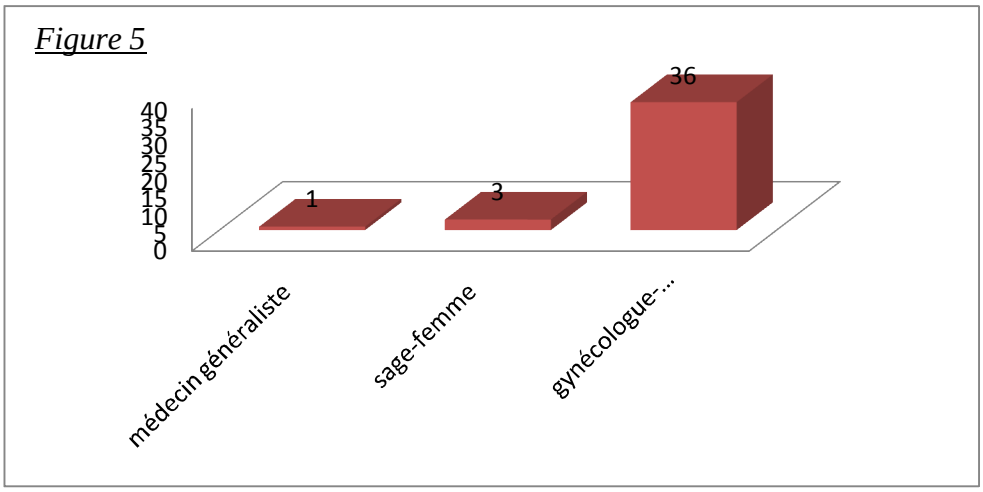
2.1.4. Profession

Figure 4



2.1.5. Suivi de la grossesse

Figure 5



On remarque ainsi quôune large majorité des patientes ont fait suivre leur grossesse par un médecin gynécologue-obstétricien.

2.2. Séances de préparation à la naissance et à la parentalité :

19 femmes sur 40 ont participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité durant leur grossesse.

Parmi les Primipares (17) :

Une large majorité de primipares ont participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité soit 13 patientes sur 17.

Les 4 femmes qui nôont pas pu y assister affirment « ne pas avoir eu le temps de le faire » . Deux dôentre elles prétendent «ne pas avoir était informée que cela été possible » et une a cité « avoir effectué des séances de préparation à lôaide dôun DVD interactif ».

Parmi les Secondipares (16) :

Parmi les deuxièmes pares, 6 ont participé à des séances de préparation à la naissance lors de leur grossesse.

Parmi les patientes nôen ayant pas effectué (10), 7 ont exprimé « un manque de temps ». 3 affirment ne pas « avoir eu envie, ni dôintérêt » pour sôy rendre. Et une a effectué « des exercices de préparation avec son kinésithérapeute ».

10 deuxième pares avaient assisté à des séances de préparation à la naissance lors de leur précédente grossesse

Parmi les autres Multipares (7) :

Une seule a assisté à des séances de préparation à la naissance lors de sa grossesse. Les 6 patientes qui nôont pas pu y assiter, prétextent un « manque de temps ».

Concernant leurs grossesses précédentes, 3 patientes en avait effectué des séances de préparation à la naissance pendant de leur première grossesse. 3 autres femmes nôont jamais assisté à des séances de préparation à la naissance.

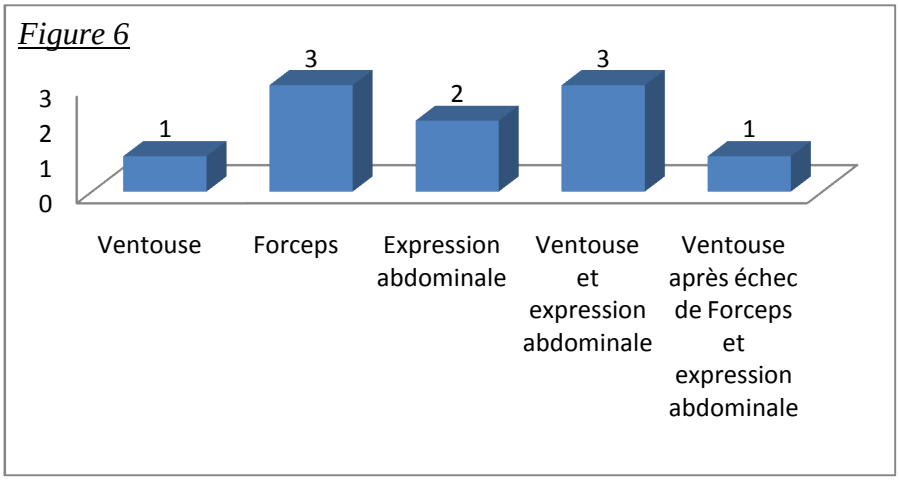
2.3. Circonstances de lôaccouchement :

2.3.1. Accouchement :

Sur les 40 patientes interrogées, on remarque que cinq dôentre elles ont accouché par césarienne et 35 ont accouché par voie vaginale.

On ressence 3 césariennes programmées et 2 césariennes en urgences pour non engagement de la présentation à dilatation complète et pour anoxie fî tal aigu. Ainsi 10 accouchements ont été effectués avec une aide et/ou à lôaide dôinstrument(s).

Figure 6



2.3.2. Durée dôaccouchement

Sur les 35 accouchements par voie vaginale, 4 accouchements ont duré plus de 10 heures, avec une longue deuxième phase de travail

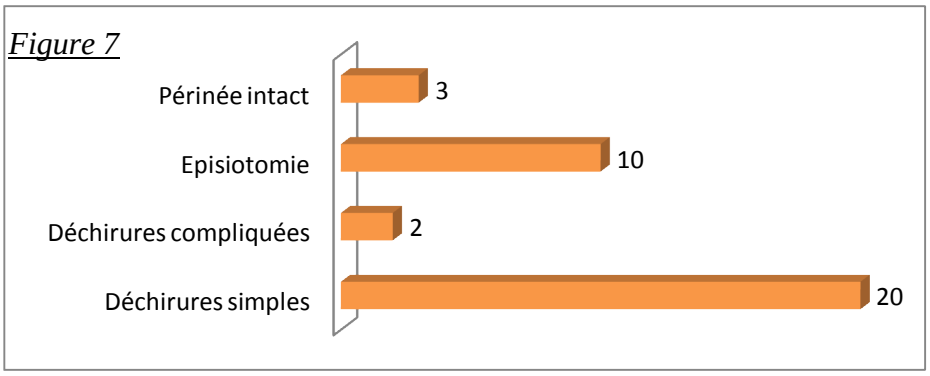
2.3.3. Analgésie péridurale

22 patientes, soit la majorité des patientes, ayant accouché par voie vaginale, ont bénéficié dôune analgésie péridurale lors de leur accouchement.

2.3.4. Atteintes périnéales

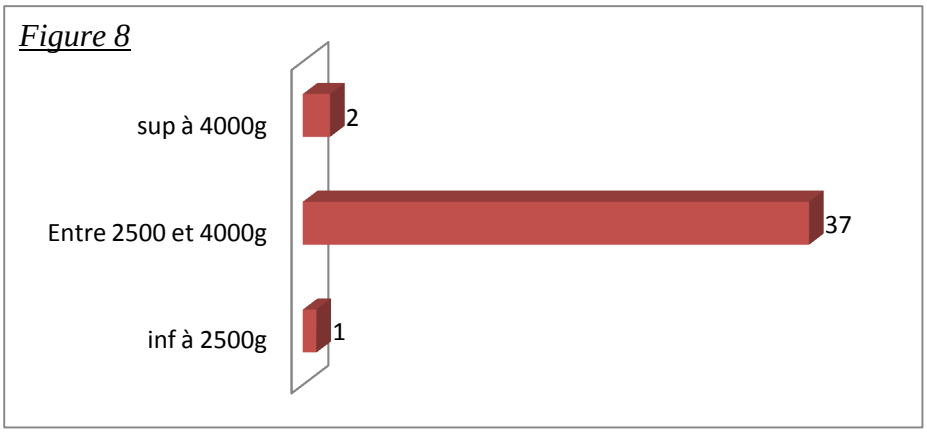
On rappelle quôil y a 35 accouchements par voie vaginale sur cet échantillon.

Figure 7



2.3.5. Poids de naissance des nouveau-né

Figure 8



On peut signaler que parmi les 40 patientes interrogées, 2 femmes ont accouché dôun nouveau-né ayant un poids supérieur à 4000g et une patiente a donné naissance à un enfant de moins de 2500g.

2.4. Troubles périnéo-sphinctériens

2.4.1. Troubles périnéo-sphinctériens pendant la grossesse :

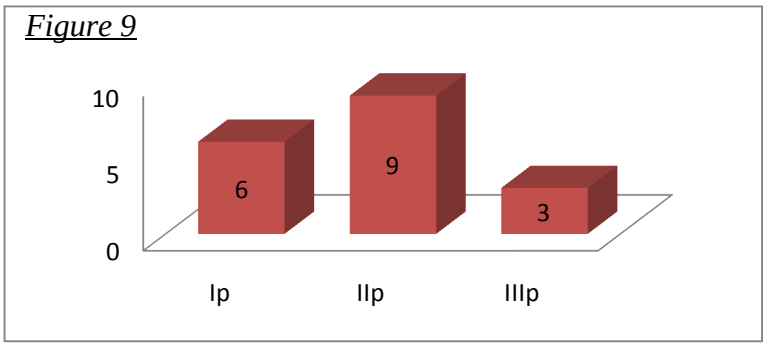
2.4.1.1. Troubles urinaires pendant la grossesse :

Moment et fréquence des troubles urinaires pendant la grossesse

18 femmes sur les 40 ont constaté des troubles urinaires pendant leur grossesse.

La totalité des troubles ressentis pendant la grossesse était des troubles urinaires à lœffort.

Figure 9



Parmi les 40 patientes interrogées, 5 ont ressenti des troubles urinaires avant 6 mois de grossesse et 13 en ont ressenti après 7 mois de grossesse.

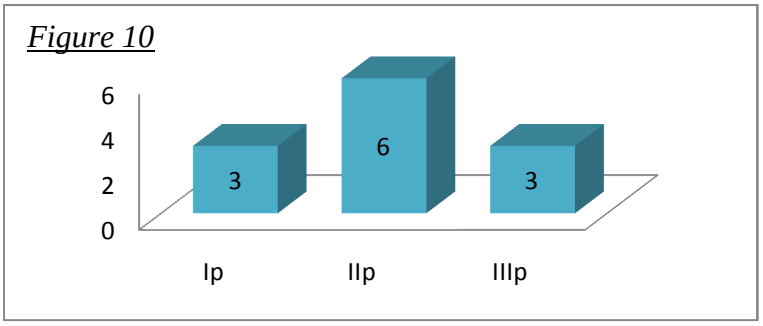
Avant 6 mois de grossesse (5) :

Parité	***Antécédent***	***Rééducation périnéale***	***Fréquence/Moment de la grossesse***
Ip	/	/	1 seule fois
Ip	/	/	2 à 3 fois par jour
IIp	AN, D/S, 3050g	non faite	1 à 2 fois par jour
IIp	AN, D/S, 2930g	faite	1 à 2 fois par jour
IIIp	AVS, grossesse géméllaire, épisiotomie	non faite	2 à 3 fois par jour

Tableau I : Troubles urinaires avant 6 mois de grossesse

Après 7 mois de grossesse (13) :

Figure 10



Parmi les Ip (3) : On ne remarque pas dôantécédent particuliers chez ces patientes.

Parmi les IIp (6) :

Parité	***Antécédent***	***Rééducation périnéale***	***Fréquence***
IIp	ANT, PI	non faite	1 fois toute les 2 semaines
IIp (4)	ANT, D/S	faite	1 fois par semaine
IIp	ANT, E/S	non faite	1 fois par semaine

Tableau II : Troubles urinaires après 7 mois de grossesse parmi les II-pares.

Parmi les IIIp (3):

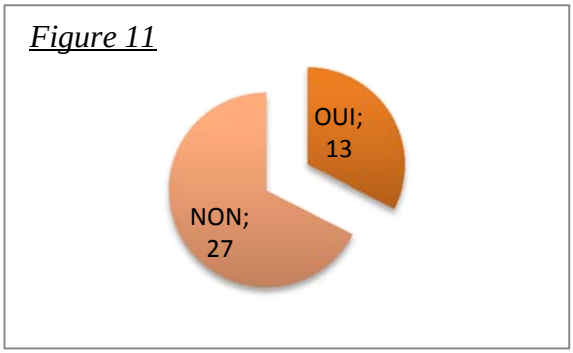
Parité	***Antécédent***	***Rééducation périnéale***	***Fréquence des troubles***
IIIp	AN, 4500g et 4200g	non faite	1 fois par semaine
IIIp	AN, 3980g et 3580g, E/S	après 2ème grossesse	1 fois par semaine
IIIp	Forceps pour 1er accouchement et E/S pour les 2 accouchements	faite après chaque accouchement	1 à 2 fois par semaine

Tableau III : Troubles urinaires après 7 mois de grossesse parmi les III-pares

Troubles urinaires abordés pendant la grossesse

Le sujet a-t-il été abordé pendant la grossesse ?

Figure 11



Sur les 40 patientes interrogées, 13 ont affirmé que le sujet avait été abordé pendant la grossesse.

Parmi les patientes ayant ressenti des fuites urinaires avant 6 mois de grossesse (5) :

Spontanément 2 ont informé les personnes qui suivaient leur grossesse quêelles ressentaient des fuites urinaires lors des consultations prénatales. On leur a répondu quôil nôy avait « rien de grave » et quêelles « feraient de la rééducation périnéale après leur accouchement ».

Parmi les patientes ayant ressenti des fuites urinaires après 7 mois de grossesse (13) :

Seulement 4 patientes estiment que le sujet a abordé pendant leur grossesse.

Deux ont évoqué spontanément, le sujet lors des visites prénatales avec la personne qui suivait leur grossesse ; on leur aurait répondu quôil nôy avait « rien de grave si cela arrivait ponctuellement ».

Une a mentionné la possibilité de troubles urinaires pendant la grossesse lors de lôentretien prénatal individuel ; la sage-femme lôaurait informé que cela « pouvait arriver ».

Une patiente a abordé le sujet lors des consultations prénatales en urgence afin dôobtenir des informations à ce sujet.

Parmi les patientes n'ayant pas ressentie de troubles urinaires pendant leur grossesse (7) : quand ont-ils été abordés ?

- Pendant les séances de préparation à la naissance et à la parentalité : 4

Il leur a été communiqué « qu'il fallait faire de la rééducation périnéale si cela arrivait » et « que cela était possible mais que c'était normal en fin de grossesse »

- Pendant les consultations prénatales : 2

La personne qui a suivi la grossesse leur a demandé « si cela leur était arrivé » et leur a dit « qu'il faudrait faire de la rééducation périnéale à la fin de la grossesse ».

- Par la patiente pour être informer lors des consultations prénatales : 1

2.4.1.2. Les troubles ano-rectaux pendant la grossesse

Fréquence et moment des troubles ano-rectaux

Parmi les 40 patientes, 4 patientes ont ressenties des troubles ano-rectaux pendant leur grossesse. Il s'agit d'incontinence anale mineure.

Parité	***Antécédents***	***Rééducation périnéale***	***Fréquence/Moment de la grossesse***	***Présence de troubles urinaires***
IIp	AN, 3190g, D/S	non faite	3 à 4 fois par jour le dernier mois de la grossesse	non
IIp	AN,3310g, E/S	non faite	1 fois par semaine à partir de 7 mois de grossesse	1 fois par semaine, à partir de 7 mois de grossesse
IIp	AN, 3420g, PI	non faite	1 fois toutes les 2 semaines à partir de 7 mois de grossesse	1 à 2 fois pendant la grossesse à partir de 7 mois de grossesse
Ip	/	/	1 fois toutes les 2 semaines à partir de 7 mois de grossesse	1 fois par semaine à partir de 7 mois de grossesse

Tableau IV : Troubles ano-rectaux pendant la grossesse

Troubles ano-rectaux abordés pendant la grossesse

Le sujet a-t-il été abordé pendant la grossesse ?

Pour les patientes, les troubles ano-rectaux n'ont pas du tout été abordés pendant la grossesse.

2.4.2. Troubles périnéo-sphinctériens pendant le post-partum immédiat

2.4.2.1. Les troubles urinaires lors du post-partum immédiat

Parmi les 40 patientes, 6 ont ressenti des troubles urinaires durant leur séjour en suites de couches. On peut signaler qu'il s'agit uniquement de primipares ayant bénéficié d'aide à l'expulsion.

Parité	***Antécédent***	***Accouchement***	***Fréquence/ troubles associés***
Ip	/	Ventouse, E/S, , sous APD, 3470g	plusieurs fois par jour, à l'effort
Ip	/	Ventouse + Expression abdominale, sous APD, 2820g	plusieurs fois par jour, à l'effort
Ip	/	Forceps, Déchirure complète compliquée, sous APD, 2965g	plusieurs fois par jour, à l'effort
Ip	Troubles urinaires 2 fois par semaine à 7 mois de grossesse	Ventouse + Expression abdominale, E/S, sous APD, 3040g	plusieurs fois par jour, à l'effort
Ip	/	AN + Expression abdominale , sous APD, 3010g	plusieurs fois par jour, à l'effort
Ip	/	Forceps, E/S, sous APD, 2400g	plusieurs fois par jour, à l'effort

Tableau V : Troubles urinaires pendant le post-partum immédiat

2.4.2.2. Troubles ano-rectaux lors du post-partum immédiat

Parmi les 40 patientes, 4 ont ressenti des troubles ano-rectaux lors de leur séjour en suites de couches.

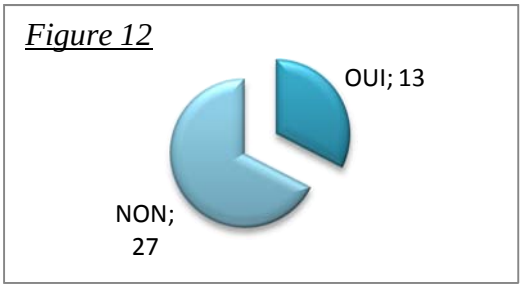
Parité	***Antécédent***	***Accouchement***	***Fréquence/ troubles associés***
IIp	AN, D/S, sous APD, 3190g. Rééducation périnéale non faite	AN, en DLG, D/S, sous APD, 3860g	2 à 3 fois par jour
IIp	AN, D/S, sous APD, 2930g. Rééducation périnéale faite. Troubles urinaire avant 6 mois de grossesse	AN, 3860g.	plusieurs fois par jour, à l'effort
IIp	AN, D/S, 3490g. Rééducation périnéale faite.	AN, PI, sous APD, 3550g.	1 à 2 fois par jour.
Ip	Troubles urinaires 2 fois par semaine à 7 mois de grossesse	Ventouse + Expression abdominale, E/S, sous APD, 3040g	plusieurs fois par jour, à l'effort

Tableau VI : Troubles ano-rectaux pendant le post-partum immédiat

2.4.2.3. Troubles périnéo-sphinctériens abordés lors du post-partum immédiat

Le sujet a-t-il été abordé lors du post-partum immédiat ?

Figure 12



Ainsi, 13 patientes sur les 40, estiment quêlles ont été interrogées à propos de la présence ou non de troubles périnéo-sphinctériens depuis leur accouchement .

Enfin, on remarque que 5 patientes, sur les 9 ayant ressenties des troubles périnéo-sphinctériens, ont interpellé un professionnel à ce sujet.

Les sages-femmes ont informé les patientes, à cette occasion, quîl faudra « effectuer des séances de rééducation périnéale, 6 à 8 semaine après lâaccouchement », et quîl était « normal » de ressentir ces troubles durant les suites de couches.

2.5. Périnée (questions ouvertes posées aux patientes)

2.5.1. A quoi cela correspond t-il ?

Les réponses données par les patientes sont :

- « Câest un muscle » : 21
- «Ce sont plusieurs muscles » : 1
- « Câest un trou » : 1
- « Câest dans lâutérus » : 1
- « Câest un organe » : 2
- Absence de réponse : 14

La majorité des patientes pense quîl sâagit dâun seul organe.

2.5.2. Quel est le rôle du périnée en dehors de la grossesse et de lâaccouchement ?

Les réponses données par les patientes sont nombreuses :

- « Maintenir des gaz, des selles, des urines » : 1
- « Maintenir les organes et retenir les gaz, selles et urines » : 1
- « Aider à la dilation » : 1
- « Maintenir les organes » : 6
- « Soutien de la vessie » : 1
- « Aider à uriner » : 3
- « Retenir les urines » : 6
- « Maintenir lâutérus » : 1
- « Donner des contractions utérines » : 1
- Absence de réponse : 19

2.5.3. Comment le périnée est-il sollicité pendant lôaccouchement ?

Les réponses données par les patientes sont :

- « Permettre de pousser lors de lôaccouchement » : 9
- « Permettre de créer des contraction utérines » : 1
- « Laisser descendre le mobile fî tal dans la cavité pelvienne »: 1
- Absence de réponse : 29

Une majorité des patientes interrogées ne réussissait pas à répondre à cette question.

2.5.4. Quôentraîne la grossesse et lôaccouchement sur le périnée ?

Les réponses données par les patientes sont multiples :

- « Relâchement musculaire du périnée / distension du périnée » : 20
- « Apparition de fuites urinaires » : 1
- « Défaut de continence au niveau urinaire et au niveau anal » : 1
- « Descente du périnée » : 1
- « Relâchement musculaire et une descente dôorgane » : 1
- Absence de réponse : 16

Une majorité des patientes interrogées a constaté, quôil existait un relâchement musculaire périnéal après une grossesse et après un accouchement.

2.6. Facteurs favorisants une atteinte périnéale :

2.6.1. Constipation :

2.6.1.1. Constipation en dehors de la grossesse :

Parmi les 40 patientes, 14 patientes sont constipées habituellement en dehors de la grossesse.

2.6.1.2. Constipation pendant la grossesse :

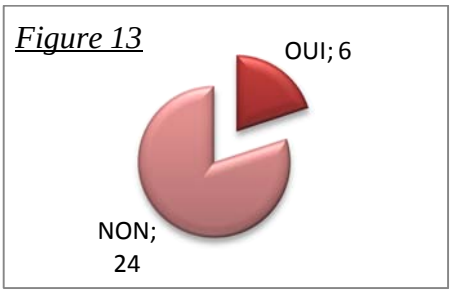
Constipation constatée pendant la grossesse

Parmi les 40 patientes, 16 ont ressenti une constipation pendant leur grossesse. 11 patientes affirment avoir été constipée pendant leur grossesse mais lô être également habituellement. 4 patientes signalent avoir été constipée pendant leur grossesse et ne pas lô être dô ordinaire. A lô inverse, on remarque que 3 patientes constatent être constipées habituellement mais de ne pas lô avoir été pendant leur grossesse.
La constipation est donc plus importante pendant la grossesse quô en dehors.

Constipation abordée pendant la grossesse

Le sujet a-il été abordé pendant la grossesse ?

Figure 13



Parmi les 40 patientes, six ont abordé le problème de la constipation avec un professionnel. Ainsi, les 6 patientes ont utilisé un traitement médical contre la constipation pendant leur grossesse. 3 dô entre elles ont reçu des conseils afin de modifier leur régime alimentaire (plus dô eau, plus de légumesé).

2.6.1.3. Constipation pendant le post-partum immédiat:

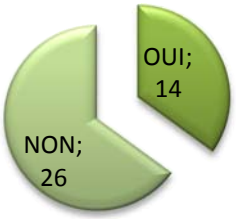
Constipation constatée pendant le post-partum immédiat

On remarque 18 patientes sur les 40 interrogées ont ressenti une constipation lors du séjour en suites du couches.

Constipation abordée pendant le post-partum immédiat

Le sujet a-t-il était abordé pendant votre séjour en suites de couches ?

Figure 14



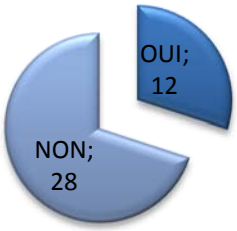
Lors du séjour en suites de couches, 14 patientes ont jugé que le sujet de la constipation a été abordé.

Ainsi, pour 6 patientes, les sages-femmes ont proposé des traitement de type laxatifs (suppositoire à la glycérine, des gelées de lansoÿl et des sachets de sorbitol). Pour 8 autres patientes, il leur a été conseillé dôattendre, et de changer de position afin de favoriser le transit.

2.6.2. Port de charges lourdes

Le sujet a-t-il été abordé pendant la grossesse ou durant le post-partum immédiat ?

Figure 15



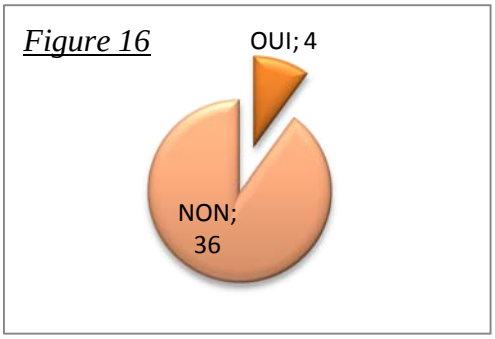
Raisons énoncées par les patientes pour lesquelles il ne faut par porter de charges lourdes:

- « Attendre 2 à 3 mois dôavoir effectué la rééducation périnéale » : 5
- « Attendre la visite chez le médecin gynécologue » : 1
- « Eviter les descentes dôorganes » : 1
- Absence de réponse : 5

2.6.3. Eviter les répercutions de la pesanteur :

Le sujet a-t-il été abordé pendant la grossesse et les suites de couches ?

Figure 16



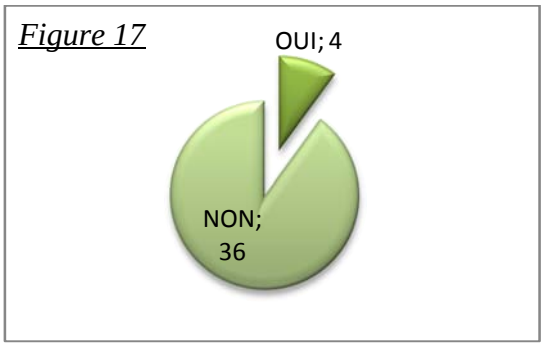
Raisons énoncés par les patientes pour lesquelles il faut rester allonger après leur accouchement :

- « Ne pas pousser trop pour aller à la selle » : 1
- « Se reposer au maximum » : 1
- « Sôallonger pour se reposer » : 1
- Absence de réponse : 1

2.6.4. Alimentation adaptée :

Le sujet a-t-il été abordé pendant la grossesse ou les suites de couches ?

Figure 17



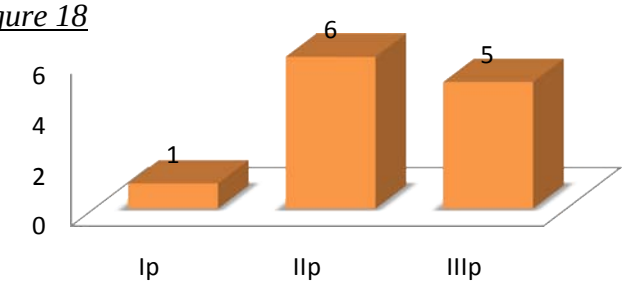
Raisons énoncés par les patientes pour lesquelles il faut une alimentation riche en fibres et équilibrée :

- « Lutter contre les problèmes de constipation » : 2
- « Manger une nourriture sans résidus» : 1
- « Avoir une alimentation équilibrée » : 1

2.7.Rééducation périnéale

2.7.1. Rééducation périnéale après des grossesses précédentes

Figure 18



- **Parmi les Primipares (17) :**

Une patiente a déjà participé à 12 séances de rééducation périnéale après une fausse couche spontanée, de 3 mois de grossesse, pour des incontinences urinaires dôeffort.

- **Parmi les Secondipares (16) :**

Six ont effectué les séances de rééducation périnéale après leur première grossesse.

Sept patientes affirment ne pas avoir reçu de prescription par leur médecin lors de visite post-natale. Une patiente nôa pas compris lôintérêt dôeffectuer cette rééducation. Deux patientes signalent ne pas avoir eu le temps de sôy rendre.

- **Parmi les autres Multipares (7)** *:*

4 ont effectué la rééducation périnéale après toutes leurs grossesses.

Une patiente affirme avoir effectué des séances de rééducation périnéale après sa 2ème grossesse uniquement car elle avait constaté des fuites urinaires lors de cette précédente grossesse. Les deux autres patientes qui nôen ont pas effectué affirment ne pas avoir reçu de prescription.

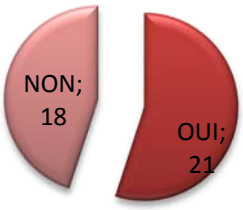
On peut également signaler quôune patiente ayant un antécédent dôaccouchement gémellaire par voie basse nôa pas eu de prescription pour effectuer des séances de rééducation périnéale.

Parmi les 23 multipares interrogées, 11 dôentre elles affirment avoir effectué des séances de rééducation après leur précédent accouchement.

2.7.2. Utilité de la rééducation périnéale

Le sujet a-t-il été abordé durant la grossesse et le post-partum immédiat ?

Figure 19



Parmi les 40 patientes, 21 affirment que le sujet a été abordé durant leur grossese ou lors du séjour en suites de couches.

Par qui ? Dans quelles circonstances ? (21)

Les réponses sont les suivantes :

- *Par la sage- femme libérale* lors lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité : 11
- *Par le médecin gynécologue-obstétricien* lors des visites prénatales : 3
- *Par la sage-femme* lors des séances de préparation à la naissance et lors de la visite de sortie : 3
- *Par un kinésithérapeute* lors de séance pour des lombalgies pendant la grossesse : 1
- *Par la patiente elle-même* (connaissance personnelle : après les précédentes grossesses, entourage, famille, livres, magazine, internet) : 4

2.7.3. A quoi correspond la rééducation périnéale pour les patientes ?

Les réponses sont nombreuses :

- « Remettre mon utérus en place » : 1
- « Faire refonctionner le muscle » : 1
- « Remuscler le périnée » : 9

- « Remettre tous les organes en place » : 1
- « Remuscler les muscles pour retrouver du tonus » : 1
- « Permettre de faire recontracter le périnée » : 2
- « Resserrer le muscle du périnée » : 1
- « Permettre de recontrôler correctement sa vessie : 1
- « Tonifier les muscles » : 4
- « Stimuler le périnée » : 1
- « Remuscler le périnée avec une sonde » : 1
- « Faire des exercices pour remuscler le périnée » : 2
- « Travailler le périnée et permettre de maintenir le vagin » : 1
- « Faire des mouvements » : 1
- Absence de réponse : 13

2.7.4. Quand faut-il débuter la rééducation périnéale ?

Les réponses apportées sont :

- « 6 semaines après lôaccouchement » : 5
- « 4 à 6 semaines après lôaccouchement » : 1
- « Au retour de couches » : 2
- « 1 mois après lôaccouchement » : 5
- « Tout de suite à lôaccouchement » : 2
- « 3 semaines après lôaccouchement » : 1
- « 2 à 3 mois après lôaccouchement » : 1
- « 6 à 8 semaines après lôaccouchement » : 2
- « 1 mois et demi après lôaccouchement » : 1
- « 3 mois après lôaccouchement » : 1
- « Après le rendez-vous chez le médecin gynécologue » : 1
- Absence de réponse : 18

2.7.5. Pourquoi la débuter à distance de lôaccouchement ?

Lôensemble des patientes interrogées nôont pas pu répondre à cette question.

2.7.6. Aide dans la vie de tous les jours et effets préventifs par rapport aux pathologies urinaires sur le long terme :

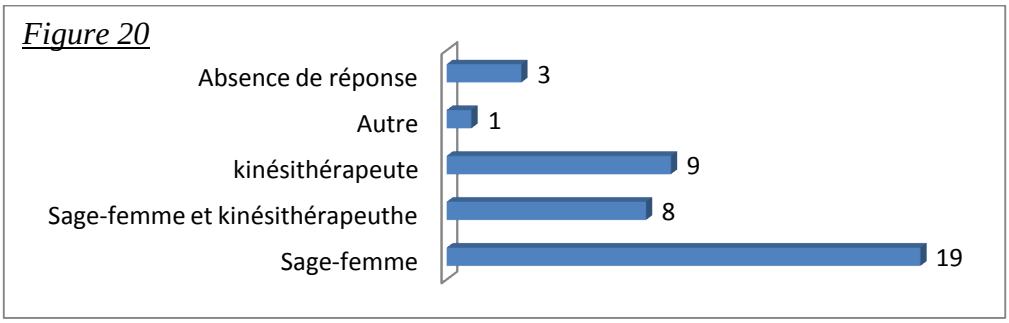
Les réponses sont également variées :

- « Eviter les problèmes d'incontinences lors des prochaines grossesse » : 1
- «Risque d'incontinence à vie » : 3
- « Eviter les incontinences urinaires » : 11
- « Eviter les douleurs pendant les rapports » : 1
- « Eviter les descentes d'organes » : 3
- « Eviter les incontinences urinaires et anales » : 3
- « Eviter les fuites urinaires et les descentes d'organes » : 6
- Absence de réponse : 12

2.7.7. Professionnel(s)

Quel professionnel(le)(s) pratique(nt) la rééducation périnéale ?

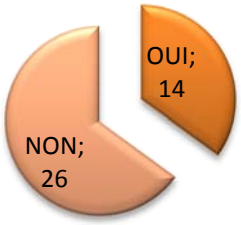
Figure 20



2.7.8. Exercices proposés dans les suites de couches immédiates :

Connaissez-vous des exercices de rééducation périnéale ?

Figure 21



Parmi les 40 patientes, 14 connaissaient des exercices à effecuer avant leur rééducation périnéale. Ces patientes ne sont que des multipares ayant déjà effectuées à des séances de rééducation périnéale. Aucun exercice ne leur a été montré durant leur séjour en suites de couches.

Les exercices sont :

- « Exercices de contraction »: 5
- « stop-pipi » : 5
- « stop-pipi et contraction du périnée » : 1
- « exercices effectués lors des séances de rééducation périnéale après les précédents accouchements » : 2
- « exercices conseillés par la sage-femme libérale lors des préparations à la naissance » : 1

TROISIEME PARTIE

VERS UNE INFORMATION ADAPTEEé

1. CONNAISSANCES DES PATIENTES :

1.1. Profil de la population étudiée

1.1.1. Age

L'âge moyen des femmes ayant répondu à mes entretiens se situe entre 20 et 29 ans, ceci correspond à la tranche d'âge du premier enfant en France.

1.1.2. Parité

Sur les quarante patientes de mon étude, 17 étaient des primipares, contre 23 multipares (seize deuxième-pare, six troisième-pares et une quatrième-pares).

1.1.3. Niveau d'étude

Sur les 40 patientes de mon étude, 22 avaient effectué des études supérieures, 9 avaient un niveau bac et 9 autres avaient un niveau CAP/BEP. Ainsi, la majorité des patientes interrogées avaient un bon niveau d'instruction.

1.1.4. Suivi de la grossesse

Une large majorité des patientes avaient fait suivre leur grossesse par un médecin gynécologue-obstétricien, 36 femmes sur 40. 3 patientes avaient fait suivre leur grossesse par une sage-femme et une par son médecin généraliste.

1.1.5. Participation à des séances de préparation à la naissance et la parentalité

Parmi les patientes interrogées, 19 femmes, avaient participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité lors de cette grossesse.

Parmi les primipares (17) , 13 avaient assisté à des séances de préparation à la naissance. Parmi les multipares (23) , 6 avaient participé à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité .

Ainsi, on peut constater que peu de multipares, se sont rendues à des séances de préparation à la naissance pendant leur grossesse par manque de temps et d'intérêt notamment.

1.1.6. Accouchement

Parmi les patientes interrogées, 5 ont accouché par césarienne, 2 par césarienne en urgence et 3 par césarienne programmée.

Parmi les 35 accouchements voie basse, 10 ont nécessité lâaide dâune ventouse, et/ou dâun forceps.

1.2.Les troubles périnéo-sphinctériens

1.2.1. Les troubles urinaires

1.2.1.1. Durant la grossesse

Parmi les 40 patientes interrogées, 18 soit quasi la moitié dâentre, elles ont constaté des troubles urinaires à lâeffort pendant leur grossesse. Plus exactement 13 patientes ont ressenti des fuites urinaires après sept mois de grossesse et 5 en ont perçu avant 6 mois de grossesse.

Le sujet des troubles périnéo-sphinctériens a été abordé, lors de lâentretien prénatal individuel, des consultations prénatales, ou des séances de préparation à la naissance, par les patientes et par les professionnels. Les femmes ont été informées, quâil était possible quâelles en ressentent, et quâelles effectueraient des séances de rééducation périnéale après leurs grossesses. Aucune patiente, ayant ressenti des troubles pendant sa grossesse, nâa été informé quâil leur était possible dâeffectuer dès lors des exercices de rééducation périnéale avant lâaccouchement. De plus, sur ces 18 patientes, seulement 6 ont pu en informer un professionnel. Il est difficile de savoir la raison exacte pour laquelle les patientes nâinforment pas les professionels mais plusieurs hypothèses sont possibles : la gène nâétait pas suffisamment importante pour que la patiente lâexprime, ou le sujet étant intime la peur du jugement, ou les femmes ne pensent pas quâil existe de traitement spécifique.

De plus, malgré les facteurs de risque tel que les antécédents dâaccouchement par forceps ou ventouse, de grossesse gémellaire, et dâaccouchement de nouveau-né ayant un poids de naissance supérieur à 4000g, aucune prise en charge supplémentaire nâa été apportée à la patiente pendant la grossesse ou durant les suites de couches.

1.2.1.2 Durant le post-partum immédiat

Parmi les 40 patientes interrogées, 6 ont ressenti des troubles urinaires durant leur séjour en suites de couches, une seule en avait déjà ressenti durant sa grossesse. Parmi ces 6 patientes, toutes ont accouché à lôaide de ventouses, de forceps ou dôexpression abdominale. De plus au niveau périnéal, elles ont également subi une atteinte soit par épisiotomie, soit par déchirure complète compliquée.

Ainsi, ces interventions ont certainement fragilisé les muscles périnéaux et entrainé ces incontinences.

- Ces constats ne me permettent **ni de confirmer, ni dôinfirmer** mon hypothèse selon laquelle les troubles périnéo-sphinctérien constatés pendant la grossesse sont des facteurs de risque important pour le déroulement du post-partum. Une seule patiente ayant ressenti des troubles pendant sa grossesse a également constaté des troubles urinaires et ano-rectaux lors du post-partum immédiat.

Parmi ces 6 patientes sur 40, 2 en ont informé la sage-femme, il leur a juste été conseillé dôeffectuer la rééducation périnéale après la consultation post-natale. Ainsi, la prise en charge reste la même entre un accouchement spontanée et un accouchement avec facteurs de risque (aide à lôaccouchement, poids de naissance supérieur à 4000g..).

Globalement, 13 femmes sur 40 affirment que le sujet des troubles périnéo-sphinctérien a été abordé pendant leur séjour en suites de couches, lors de la visite quotidienne de la sage-femme.

1.2.2. Les troubles ano-rectaux :

1.2.2.1. Durant la grossesse :

Parmi les 40 patientes interrogées, 4 signalent avoir ressenti des difficultés au maintien de gaz et/ou de selles pendant leur grossesse.

Le sujet nôa pas du tout été abordé avec un professionnel pendant la grossesse.

1.2.2.2. Durant le post-partum immédiat

Parmi les 40 patientes, 4 signalent également des troubles ano-rectaux pendant leur séjour en suites de couches. Sur ses 4 patientes, une seule avait également ressenti des troubles pendant sa grossesse, mais des troubles urinaires uniquement.

Enfin globalement, 13 patientes affirment que le sujet des troubles périnéo-sphinctériens a été abordé durant leur séjour en suites de couches.

1.2.3. Facteurs favorisants de lôatteinte périnéale :

1.2.3.1. Constipation :

Durant la grossesse

Pendant la grossesse, 16 patientes ont constaté une constipation.

Seulement 6 ont abordé le sujet avec un professionnel. Elles ont reçu un traitement médicamenteux et des conseils diététiques.

Aucun professionnel de santé suivant une grossesse, nôa spontanément interrogé sa patiente afin de se renseigner sur sa possible constipation. Le sujet nôa également pas était abordé durant les séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

Durant le séjour en suites de couches

Parmi les 40 patientes, 18 ont manifesté une gène pour aller à la selle ;14 ont pu en avertir la sage-femme, donc une large majorité.

Pour 6 dôentre elles, il leur a été conseillé de prendre un traitement de type laxatif afin de ne pas trop « pousser » pour aller à la selle. 8 femmes ont reçu comme conseil lôexpectative afin que le transit se remette en place.

Ainsi, la constipation passagère lié à lôaccouchement est bien prise en charge dans les services de suites de couches. Cependant, les patientes nôont pas été informées de la fragilité de leurs muscles périnéaux. Elles savent que le transit, du fait de lôaccouchement, peut être long à se remettre en place. Mais, elles nôont pas été informées de lôatteinte périnéale du fait du passage du mobile fî tal et de la recommandation de ne pas pousser de manière agressive et/ou excessive pour aller à la selle.

1.2.3.2. Port de charges lourdes

Parmi les 40 patientes, 12 ont été informées quîl ne fallait pas porter de charges lourdes dans les suites de couches immédiates

Seulement 6 en connaissaient partiellement la raison : attendre dôavoir effectué les séances de rééducation périnéale ou la visite post-natale chez un médecin gynécologue-obstétricien ou une sage-femme.

Les informations transmises aux patientes, ne sont pas suffisamment complètes, elles nôont pas été informées de la fragilité des muscles pelviens après lôaccouchement et la grossesse.

1.2.3.3. Changement de position

Parmi les 40 patientes interrogées, 4 ont été informées quîl fallait se reposer et rester allongée un maximum en post-partum pour diminuer le prolapsus physiologique existant après un accouchement.

1.2.3.4. Régime alimentaire

Parmi les 40 patientes, lors du séjour en suites de couches, 4 ont été informées, et quîl fallait adapter son régime alimentaire en mangeant des aliments riches en fibres, et en buvant au moins 2 litres dôeau par jour afin dôéviter les traumatismes lié à lôaccouchement, au niveau périnéal.

Les patientes ne sont par conséquent pas assez informées sur la fragilité de leurs muscles après leur accouchement et du moyen de les préserver durant le post-partum immédiat.

1.3. Le périnée

Parmi les 40 patientes interrogées seulement 20 savaient quôil sôagissait de muscle, et une seule femme avait conscience que cô était un ensemble de muscles. Et 14 patientes ne savaient pas le situer au niveau du corps.

Jôai également demandé aux femmes dôexpliquer le rôle du périnée en dehors de la grossesse et de lôaccouchement.

22 patientes ont pu me répondre même partiellement ; une seule savait, quôil servait à maintenir les organes et à retenir les gaz, les selles et les urines.

Enfin une majorité de patientes, 28 sur 40, ne savaient pas par quel moyen le périnée était sollicité pendant lôaccouchement et 9 avaient conscience quôil était sollicité lors des efforts de poussée pendant lôaccouchement. Pour la moitié des femmes, lôaccouchement et la grossesse provoquaient un relâchement musculaire du périnée.

On constate que les patientes reçoivent des informations. Elles savent majoritairement que le périnée existe. Elles ne connaissent pas son utilité ni son emplacement exact. Les patientes ne peuvent donc pas comprendre lôintérêt de la rééducation périnéale si elles nôont pas saisi quels étaient les effets néfastes de la grossesse et de lôaccouchement sur les muscles périnéaux.

1.4. La rééducation périnéale

Concernant la participation aux séances de rééducation périnéale lors des grossesses précédentes, une primipare signale en avoir effectué après des incontinences urinaires dôeffort importantes, postérieures à une fausse couche spontanée.

Parmi les multipares, 11 ont déjà effectué des séances de rééducation périnéale après lôun de leurs précédents accouchements.

Pour 21 femmes sur 40, lôutilité de la rééducation périnéale a été abordée pendant la grossesse et les suites de couches. Durant la grossesse, pour 11 patientes sur 40, le sujet a été abordé pendant les séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Pour 3 dôentre elles, il a été abordé durant les consultations prénatales, pour 4 dôentres elles par la patiente elle-même. Seulement 3 patientes affirment avoir été informées lors de leur séjour en suites de couches, quôelles devraient effectuer des séances de rééducation périnéale.

Globalement, 27 patientes sur 40, savaient que la rééducation périnéale permettait d'effectuer des exercices avec ou sans sonde, pour remuscler le périnée.

Elles ne savaient pas à quelle distance de l'accouchement la commencer, pour 22 d'entre elles. Seulement 3 patientes étaient informées qu'il fallait la débuter après la consultation post-natale.

Cependant, elles ne connaissaient pas du tout la raison pour laquelle elle doit être effectuée à distance de l'accouchement.

Pour une majorité, 28 femmes sur 40, la rééducation périnéale les aidera dans leur vie de tous les jours et va leur permettra d'éviter des pathologies à long terme à type de descente d'organes et d'incontinences urinaire et/ou ano-rectale.

Seulement 3 patientes ne savaient pas du tout chez quel professionnel se rendre pour effectuer la rééducation périnéale ; 37 femmes savaient qu'elle pouvait être pratiquée par une sage-femme, et/ou un kinésithérapeute.

Enfin, 14 d'entre elles, mais uniquement des multipares, connaissaient quelques exercices à effectuer dès les suites de couches immédiates. Aucun exercice n'a donc été proposé aux patientes durant leur séjour à l'hôpital.

Ainsi, majoritairement les patientes ont des connaissances concernant la rééducation périnéale, elles attendent qu'elle leur soit prescrite lors de leur visite post-natale avant de commencer des exercices.

2. ECHANGES AVEC LES SAGES-FEMMES

Pendant mes différents stages dans les services de suites de couches, chez les sages-femmes libérales et en salle de naissances, j'ai pu m'entretenir avec les sages-femmes au sujet des informations qu'elles transmettent aux patientes.

2.1. Lors des séances de préparation à la grossesse et à la parentalité:

Les sages-femmes abordent le sujet du périnée par le biais de planches anatomiques. Elles informent les patientes sur sa situation et son rôle durant l'accouchement notamment.

Les troubles périnéo-sphinctériens sont évoqués : les femmes peuvent ressentir des difficultés à maintenir leurs urines et/ou leurs gaz. Les sages-femmes ne montreront quelques exercices à effectuer dès la grossesse uniquement si elles constatent une demande et/ou l'existence de troubles.

De plus, lors des séances de préparation à la naissance, les sages-femmes alertent les femmes sur la possible constipation qu'elles peuvent ressentir pendant leur grossesse et conseillent leurs patientes sur les moyens d'y remédier si besoin, en insistant sur le rôle d'une alimentation équilibrée.

Elles insistent sur l'importance de la rééducation du post-patum et continuent, en signalant les professionnels qui la pratique.

2.2. Durant la grossesse, aux consultations en urgence :

Lorsqu'une patiente consulte en urgence, pour une suspicion de perte de liquide amniotique, mais au vu de l'examen clinique, la sage-femme constatant qu'il semble s'agir d'urines, informe la femme qu'il est possible d'effectuer des exercices de rééducation périnéale pendant la grossesse. Elle lui conseille de prendre contact avec une sage-femme libérale ou une sage-femme hospitalière pratiquant de la rééducation périnéale, surtout si la patiente consulte de manière répétée.

Cet entretien avec une sage-femme spécialisé peut permettre à la patiente de dialoguer sans tabou, voire d'effectuer des exercices périnéaux dès sa grossesse.

2.3. Lors de la surveillance en post-partum immédiat, en salle de naissance :

Certaines sages-femmes préviennent leurs patientes, surtout en cas de déchirures périnéales importantes et/ou dœextractions instrumentales, sur le risque de présenter des fuites urinaires à lœeffort lors du post-partum immédiat. Elles leurs suggèrent alors dœeffectuer une rééducation périnéale par la suite.

2.4. Lors du séjour en suites de couches :

Les troubles périnéo-sphinctériens ne sont abordés par les sages-femmes que si les femmes signalent un trouble ; elles montreront certains exercices.

En lœabsence de troubles, les sages-femmes, informent leurs patientes uniquement lors de la visite de sortie du service de suites de couches : quels professionnels pratiquent les séances de rééducation périnéale, à partir de quand il est conseillé de les commencer, et la prise en charge par la sécurité sociale en France.

Elles conseillent à leurs patientes de pratiquer la rééducation à distance de lœaccouchement, en insistant sur le fait quœelle peut être prescrite par leur médecin traitant et quœelle restera remboursée intégralement par la sécurité sociale dans le cadre du post-partum.

3. CONFRONTATION ENTRE LES DEUX TYPES DE DONNEES PRECEDENTES

3.1. Les troubles périnéo-sphinctériens

3.1.1. Les troubles urinaires

Au cours de la grossesse, les troubles urinaires semblent être principalement abordés lors des séances de préparation à la naissance assez spontanément par les sages-femmes. Or, toutes les femmes enceintes nôassistent pas aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité pendant leur grossesse. Les multipares y participent moins que les primipares.

Cependant la multiparité est un facteur des risques de troubles périnéo-sphinctériens. Il serait souhaitable avertir les femmes au moment de leurs consultations prénatales, en les interrogeant systématiquement à chaque consultation, au sujet de lôexistence dôéventuels troubles.

- Ces constats permettent de **confirmer** mon hypothèse selon laquelle la grossesse est un moment opportun pour sensibiliser les femmes, lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité et des consultations prénatales.

Il semble ennuyeux de constater que certaines patientes ont ressenti des troubles urinaires à lôeffort avant leur 6ème mois de grossesse, plusieurs fois par jours sans quôaucun professionnel nôen soit informé.

Il est difficile dôen connaître la raison : par pudeur, par fatalité, par manque de connaissance sur un traitement spécifique de ces troubles ou par manque de confiance envers la personne qui suivait la grossesse.

De plus, lorsque les patientes signalent un trouble, il est surprenant de constater quôil est conseillé dôattendre la fin de la grossesse pour effectuer des séances de rééducation périnéale.

Durant les suites de couches, les sages-femmes avouent quôelles ne conseilleront leurs patientes que si celle-ci les informent spontanément de leurs troubles.

Cependant, certaines femmes qui ressentant des troubles ne vont pas forcément le communiquer par peur du jugement et par tabou. Ne serait-il pas judicieux de questionner systématiquement toutes nos patientes à ce sujet ?

3.1.2. Les troubles ano-rectaux

Les troubles ano-rectaux semblent être encore plus tabous que les troubles urinaires.

Personne ne semble avoir abordé le sujet pendant la grossesse, ni les professionnels, ni les femmes. Il y a de toute évidence une gène de la part des femmes et des professionnels à ce sujet qui renvoie à la vieillesse et à la dépendance des personnes âgées.

Durant les suites de couches, 13 patientes affirment que le sujet a été abordé mais aucune des femmes ayant ressenti des troubles de ce type nœn ont informé les sages-femmes. Il y a un manque de communication évident sur ce sujet entre les patientes et les professionnels de santé.

Globalement, les troubles périnéo-sphinctériens sont ressentis par les femmes déjà durant la grossesse, mais également après. Elles nœn connaissent pas lœorigine et à cause dœune gène sociale, de tabous, elles nœaborderont que très rarement ce sujet. Or les professionnels semblent attendre également que les patientes les interrogent et nœanticipent pas leur demande.

- Ces constats me permettent de **confirmer** mon hypothèse, selon laquelle trop souvent tabous, les troubles périnéo-sphinctériens sont insuffisamment abordés par les professionnels de la naissance, notamment lors des informations dispensées par les sages-femmes lors de la visite médicale de sortie.

3.2. Le périnée :

Ce thème semble être abordé uniquement lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Ainsi, si les femmes n'y assistent pas, elles ne sont pas informées de son rôle, et surtout de son atteinte lors de la grossesse et de l'accouchement. Elles ne comprendront pas l'utilité de rééduquer un muscle, si elles ne connaissent pas les raisons pour lesquelles il est atteint.

Lors de la visite de sortie de la maternité, les sages-femmes n'évoquent pas le sujet.

3.3. La rééducation périnéale :

Aucune patiente parmi celles ressentant des troubles périnéo-sphinctériens pendant leur grossesse n'a effectué de rééducation périnéale.

Les informations transmises aux patientes sont pourtant globalement entendues quelque soit le moment où elles sont communiquées. Une majorité de patientes en connaît l'utilité. Elles ne savent pas exactement comment cela se passe mais elles savent qu'elle a pour but d'améliorer leur bien-être et de prévenir des pathologies à long terme.

L'information est donc bien entendue mais reste incomplète ; pourrait être plus approfondie.

4. PERCEPTIVES DôAVENIR :

Ainsi afin que les patientes signalent de manière systématique leur troubles périnéo-sphinctériens, et quôune prise en charge adaptée puisse être proposée, il faudrait que le message soit délivré le plus tôt possible durant la grossesse et ce de manière continue durant la grossesse mais également dans les suites de couches. Les professionnels de la naissance dont la sage-femme fait partie, disposent de nombreux outils et occasions mis à leur disposition mais il faut quôune collaboration et un climat de confiance entre les patientes et les professionnels puisse se mettre en place

4.1. Outils et occasions pour mieux informer les femmes

4.1.1. LôEntretien Prénatal Individuel

Lôentretien prénatal individuel (EPI) se réalise généralement au cours du premier trimestre de grossesse par une sage-femme et constitue la première séance de préparation à la naissance et à la parentalité.

Il sôagit dôun temps dôéchange et dôécoute où la femme peut exprimer ses besoins, attentes, interrogations, difficultés (psychologiques, matérielles, sociales, familiales). Malgré la multitude des informations délivrées, la femme est réceptive et en attente. Côest le moment idéal pour lôinformer de la possibilité de ressentir des troubles périnéo-sphinctériens pendant sa grossesse. Ce moment semble être le plus opportun pour informer les femmes de lôimportance du périnée, de son rôle et de son atteinte lors de la grossesse (ou lors de la constipation) et donc des raisons pour lesquelles il faudra le rééduquer par la suite. Afin de compenser la perte dôinformation, il me semble important que la femme puisse recevoir des informations écrites type plaquette. Ainsi elle possèderait un support écrit où se reporter au cours de la grossesse, et à delà du moment de la consultation. [Annexe VIII]

4.1.2. Le carnet de maternité : [33]

Au sein du nouveau carnet de maternité délivré à chaque future maman, au début de sa grossesse par le conseil général, de nombreuses informations sont dispensées. La rééducation périnéale y est abordée. Lôinformation reste malheureusement trop sommaire.

Il pourrait également y figurer de manière synthétique des schémas des muscles périnéaux et des informations concernant lôatteinte de la grossesse et de lôaccouchement sur ces muscles. Cette information serait alors remise à un maximum de femmes enceintes.

4.1.3. Les consultations prénatales :

Ce temps constitue un moment dôéchange important entre la patiente et le praticien qui suit la grossesse.

On pourrait envisager que le praticien interroge spontanément ses patientes sur la présence de troubles périnéo-sphinctériens et de constipation à chaque consultation. Un espace de réponse pourrai être prévu à cet effet au niveau du dossier médical de la patiente.Ainsi, il pourrait être envisager que lôon transmette une plaquette dôinformation à ce sujet, lors des consultations. [Annexe VIII]

Le but en est non pas dôintervenir dôemblée mais de permettre aux femmes de sôexprimer si elles le souhaitent, en étant à leur écoute.

4.1.4. Les séances de préparation à la naissance et à la parentalité :

Ces séances semblent être un des moments les plus favorables pour informer les patientes sur lôensemble des muscles que constituent le périnée, les mécanismes par lesquels il est atteint au cours de la grossesse, et enfin comment remédier à ces modifications physiologiques, incontournables.

Durant ses séances, les patientes ont un interlocuteur compétent pour répondre à leurs interrogations, si elles les expriment. Il semble important dôessayer dôy faire participer toutes les femmes enceintes quelque soit leur parité.

En effet, avec les différentes méthodes de préparation à la naissance et à la parentalité, (en piscine, en sophrologie..) la prise en charge est différente mais les interlocuteurs restent les mêmes. Ainsi malgré leur multiparité, les femmes pourraient toutes être informées durant la grossesse lors de ces moments dôéchanges.

4.1.5. Lors du séjour en suites de couches

Cœst un moment important dœéchange qui a le mérite de permettre à toutes les femmes dœêtre prises en charge et de rencontrer des professionnels (sage-femme, gynécologue obstétricien, interne).

Les accouchées rencontrent la sage-femme (et le médecin) au moins une fois par jour pendant leur séjour de 3 à 6 jours en fonction du mode dœaccouchement. Chaque visite est un temps dœéchange privilégié entre la femme et la sage-femme. **Une relation de confiance** peut sœinstaller, surtout si la femme rencontre la même sage-femme plusieurs fois pendant son séjour, permettant la continuité du suivi. Tous les sujets, plus ou moins sensibles, plus ou moins tabous peuvent alors être abordés et se dévoiler.

La sage-femme effectue une visite tous les jours auprès des femmes. Par conséquent, il serait envisageable, quœelle interroge, quotidiennement les patientes au sujet des troubles périnéo-sphinctériens, puisquœelle questionne déjà spontanément les femmes au sujet de leurs constipations.

Il pourrait ainsi être organisé durant les séjours en suites de couches, des interventions par une sage-femme ou un kinésithérapeute pratiquant de la rééducation périnéale ayant pour but de dédramatiser sans banaliser le problème. Elles consisteraient, à lœaide de planches anatomiques, en des explications simples concernant le plancher pelvien et les incontinences urinaires et ano-rectales.

Pour ce faire, trois messages paraissent essentiels :

- Présenter le noyaux fibreux central du périnée afin de permettre aux femmes de débuter seules les contractions volontaires du plancher pelvien tout en vérifiant lœefficacité par lœautopalpation.
- Justifier lœinterdiction provisoire du travail intensif des abdominaux et du travail intravaginal.
- Encourager les femmes à sœexprimer au moment de la visite post-natale, même en cas de troubles minimes afin de permettre à leur gynécologue-obstétricien ou à la sage-femme de les orienter.

Cet exposé durerait environ 20 à 30 minutes. Lors de ces temps dœéchange, il serait possible pour les femmes de se rendre compte que les professionnels prennent le temps de leur répondre.

Avant leur sortie de la maternité, les femmes rencontrent la sage-femme ou le médecin (gynécologue obstétricien ou lôinterne) pour un entretien de sortie durant lequel différents thèmes sont abordés dont celui de la consultation post-natale et de la rééducation périnéale. Il semble important de présenter la rééducation périnéale de manière utile pour la femme et de lui faire prendre conscience à ce moment là de lôimportance de son périnée pour sa vie future surtout si elle nôa pas pu effectuer de préparation à la naissance et à la parentalité pendant sa grossesse. Il serait ainsi possible de présenter, mais individuellement, le muscle du périnée, son atteinte actuelle après la grossesse et lôaccouchement, la manière le préserver, lui présenter des exercices et la raison pour laquelle la rééducation périnéale lui sera prescrite lors de sa visite post-natale. Afin de permettre, un meilleur temps dôéchange, il parait souhaitable dôeffectuer cet entretien dans la chambre, au calme ou à lôécart si la chambre nôest pas individuelle.

Ces différentes rencontres réclament des moyens et une disponibilité dôun ou plusieurs professionnels (ce qui nôest pas toujours possible) mais aussi une volonté des femmes a y participer.

Il peut également être envisageable que les sages-femmes ou les médecins prescrivent les séances de rééducation périnéales à toutes les patientes, en systématique, lors de la visite médicale de sortie de la Maternité, puisquôelles en ont les compétences. Le but serait que les patientes ressortent de lôhôpital avec une ordonnance, quelque soit leur modes dôaccouchement. En effet, les femmes accouchant par césarienne notamment seraient dôautant plus sensibilisées pour effectuer leur rééducation périnéale.

Je pense que la grossesse reste le meilleur moment pour aborder les sujets des troubles périnéo-sphinctériens et de la rééducation périnéale. Lors du séjour en suites de couches, les femmes sont peu réceptives aux informations surtout si celles-ci sont dispensées rapidement. **Les patientes sont parfois trop préoccupées par lôarrivée de leur nouveau-né qui commence à bouleverser leur rythme de vie, et peuvent oublier de se préoccuper de leurs corps.**

4.1.6. Lors de la consultation postnatale

Cette consultation a lieu 6 à 8 semaines après lôaccouchement. Elle peut être effectuée par une sage-femme ou par un médecin gynécologue obstétricien. Côest le dernier moment dôéchange en lien avec cette grossesse. Côest lors de cet entretien que le médecin ou la sage-femme va prescrire les séances de rééducation périnéale aux femmes. Côest durant cet examen quôil est essentiel que les patientes informent les professionnels quôelles ont ressenti des troubles périnéo-sphinctériens et que les professionnel les interrogent. La prescription systématique de la rééducation périnéale malgré un testing supérieur à 3 est remise en question par certains auteurs. Cependant, la rééducation périnéale est également un moment dôéducation pour les femmes. Un moment où elle apprennent à serrer leur périnée à la toux, lorsquôelles portent des charges lourdes. Ce temps dôinformation et dôéducation pour la vie futur des femmes est important.

4.2. Climat de confiance :

Afin que lôinformation soit complète, adaptée et efficace pour la mobilisation des femmes, il faudrait mettre en place une collaboration de confiance entre les professionnels de santé et les femmes.

4.2.1. Missions sages-femmes et gynécologue-obstétricien :

Durant la grossesse, la sage-femme et le gynécologue obstétricien, lors des visites anténatales, ou durant les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, peuvent interroger leur patientes pour savoir si elle ressentent des troubles périnéo-sphinctériens spontanément.

Ils peuvent également informer les femmes sur les professionnels (sage-femme libérale ou kinésithérapeute) qui effectuent les séances de rééducation périnéale afin de permettre aux femmes, ressentant des troubles de savoir chez quels professionnels se rendre.

Durant les suites de couches, la sage-femme a comme rôle de déceler des troubles et de montrer des exercices à effectuer si besoin, mais surtout dôinformer les patientes sur le rôle de rééducation périnéale et de son impact pour lôavenir. **La sage-femme doit donc être suffisamment disponible et à lôécoute.**

Durant toute la prise en charge des femmes, il est important que les professionnel les interrogent sans crainte de leurs réponses.

4.2.2. Missions des femmes

Les femmes constituent le dernier maillon de la chaine et permettront que le système fonctionne.

Les patientes doivent avoir suffisamment confiance en leur praticien pour leur permettre dêtre des interlocuteurs privilégiés si elles ressentent des troubles périnéaux. Elle doit pouvoir en informer la personne qui la connait le mieux et avoir suffisamment confiance pour se mobiliser et respecter la prescription de rééducation périnéale. Il semble important quêlles adhèrent aux traitements ayant un but préventif à long terme (les prolapsus, les incontinences) et curatif (musculature périnéale et abdominale, dyspareunies, et bien être).

La grossesse est un moment dêchange privilégié entre les femmes et le monde médical, mais elle leur permet également de mieux connaître leur corps. La rééducation périnéale, si elles choisissent de la faire, leur permettra dêacquérir également des automatismes qui leur seront utiles dans leur vie de tous les jours.

Conclusion

Durant la grossesse et après lôaccouchement, les femmes rencontrent régulièrement des professionnels de la naissance, des sages-femmes et/ou des gynécologues-obstétriciens : lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, des consultations prénatales, des consultations en urgence, en salle de naissances... Ces professionnels sont des interlocuteurs privilégiés. Les patientes les rencontrent au moins une fois par mois. Une relation de confiance doit sôinstaurer permettant aux patientes dôaborder avec le praticien lôexistence de troubles périnéo-sphinctériens.

Les patientes reçoivent des informations mais celles-ci restent incomplètes et sommaires. Lôexistence de troubles périnéo-sphinctériens, durant la grossesse,et surtout celle de troubles ano-rectaux est trop peu recherchée. Ils ne sont guère plus abordés durant le séjour en suites de couches. Une majorité des patientes est informée de lôutilité de la rééducation périnéale mais non de ses objectifs.

Les professionnels de la naissance interrogent trop peu systématiquement leurs patientes au sujet de la rééducation périnéale et des troubles périnéo-sphinctériens durant la grossesse et les suites de couches immédiates. Par gène ou par pudeur, les patientes et les professionnels abordent trop peu ces sujets. La communication et le dialogue semblent difficiles.

Les incontinences urinaires et anales, les prolapsus apparaissent essentiellement à la ménopause. Les patientes abordent-elles plus le sujet avec un professionnel à ce moment de leur vie que durant la grossesse et le post-partum ?
Alors il serait important de savoir si toutes les femmes ressentant des troubles semblables réussissent à en informer leur médecin généraliste ou leur médecin gynécologue-obstétricien, à cette période de grands bouleversements.

BIBLIOGRAPHIE

[1] ABBARA Aly. Dr Aly ABBARA, gynécologue-obstétricien [en ligne]. Constipation pendant la grossesse au cours de la grossesse et du post-partum.
Disponible sur : < http://aly-abbara.com/livre_gyn_obs/recommandations/ constipation.html >. (consulté le 3 janvier 2010)

[2] ATIENZA P. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens de France [en ligne]. Conséquences sphinctériennes anales de lôaccouchement.
Disponible sur : <http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/99_097.PDF>
(consulté le 15 septembre 2009).

[3] ATIENZA Patrick, LA TORRE Filippo, NICASTRO Attilio. Incontinence fécale et troubles de la défécation. In : BOURCIER Alain-P. et al. Dysfonctionnement du plancher pelvien. Tome 1. Elsevier SAS. Paris, 2006, 790 p.

[4] AUBIN Isabelle. Incontinence urinaire du post-partum : lôévoquer dans la consultation suivant lôaccouchement. Campus numérique de médecine générale [en ligne].

Disponible sur : < http://www.campus-umvf.cnge.fr/materiel/ Incontinence _urinaire_postpartum.pdf>. (consulté le 5 janvier 2010).

[5] BAESSLER Kaven, SCHUESSLER Bernhard. Grossesse, accouchement et lésions du plancher pelvien. In : BOURCIER Alain-P. et al. Dysfonctionnement du plancher pelvien. Tome 2. Elsevier SAS. Paris, 2006, 790 p.

[6] BARTHET M., GASMI M., ABOU-BERDUGO E. et al. Le courrier de colo-proctologie [en ligne].
Disponible sur :
<http://www.med.univ-rennes1.fr/uv/snfcp/enseignement/formation/2002-3septembre/Dossier5.pdf> (consulté le 15 septembre 2009)

[7] CALAIS-GERMAIN Blandine. Le périnée féminin et lôaccouchement. Anatomie pour le mouvement, 1996, Arques, 159 p. ISBN 2-9500608-1-1.

[8] COTELLE Odile. Guide pratique de rééducation uro-gynécologique. 4ème édition. Ellipses. Paris, 2005, 144 p. ISBN : 2-7298-2132-5

[9] COTELLE-BERNEDE Odile. Guide pratique de rééducation uro-gynécologique. 3ème édition. Ellipses. Paris, 1990, 144 p. ISBN 2-7298-9077-7

[10] COUSSE HENKER Régine. Féminité et muscles cachés. RCH Publication. 1994, 142 p.

[11] DE GASQUET Bernadette. Baby sans blues, Guide pratique pour trouver la forme après bébé. Edition Guides du vivre bien : Robert Jauze, 2005, 164 p. ISBN 2-86214-064-3

[12] De GASQUET Bernadette. Pour une poussée moins traumatique. In : RIETHMULLER Didier. Mécanique et technique obstétricales. 2ème édition. Editions Sauramps médical, 1998, 604 p.

[13] DE GASQUET Bernadette. Prévention périnéale et maternité selon les principes de la méthode A.P.O.R. de Gasquet. Collège National des sages-femmes. [en ligne].
Disponible sur < http://www.cnsf.asso.fr/journees/pdf/3eme/04-maternite_et_perinee.pdf>. (consulté le 4 janvier 2010)

[14] DE LANCEY John O.L., DELMAS Vincent, Anatomie macroscopique et fonctionnelle du plancher pelvien. In : BOURCIER Alain-P. et al. Dysfonctionnement du plancher pelvien. Tome 1. Elsevier SAS. Paris, 2006, 790 p.

[15] DUCROUX Charles. Doctissimo [en ligne]. La rééducation périnéale face à lôincontinence.
Disponible sur : < http://www.doctissimo.fr/ html/ grossesse/ accouchement/gr_4116_reeducation_perineale.htm>.
(consulté le 3 janvier 2010).

[16] FATTON Brigitte, JACQUETIN Bernard. Physiopathologie du prolapsus génital. In : BOURCIER Alain-P. et al. Dysfonctionnement du plancher pelvien. Tome 2. Elsevier SAS. Paris, 2006, 790 p.

[17] FLATRES Natacha. Lôincontinence anale dans le post-partum : quelle place pour la sage-femme ?. Mémoire de sage-femme. Metz : Université de Nancy, 2006, 72 p.

[18] GALLIAC ALANBARI Sandrine. Rééducation périnéale féminine, mode dôemploi. Edition santé Robert Jauze. Paris. 2005. 171 p. ISBN 2.86214.059-7.

[19] GROSSE Dominique, SENGLER Jean. Rééducation périnéale. Masson. Paris. 1998, 133 p. ISBN 2-225-82871-7

[20] HAUTE AUTORITE DE SANTE. Comment mieux informer les femmes enceintes ? ï Recommandations professionnelles, 2005, 56 p.

[21] HAUTE AUTORITE DE SANTE. Préparation à la naissance et à la parentalité ï Recommandations professionnelles, 2005, 56 p.

[22] HAUTE AUTORITE DE SANTE. Rééducation dans le cadre du post-partum ï Recommandations professionnelles. ANAES, 2002, 78 p.

[23] HAUTE AUTORITE DE SANTE. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des risques et des situations à identifiées ï Recommandation professionnelles, 2007, 42 p.

[24] HAUTE AUTORITE DE SANTE. Sortie précoce après accouchement ï Condition pour proposer un retour précoce à domicile ï Recommandation professionnelles, 2004, 31 p.

[25] HEIZMANN Hélène. La contraception du post-partum ï informer les femmes pour mieux réguler les naissances. Mémoire de sage-femme. Metz : université de Nancy, 2007, 64 p.

[26] HERBERT Julia H. Rééducation périnéale : renforcement des muscles du plancher pelvien. In : BOURCIER Alain-P. et al. Dysfonctionnement du plancher pelvien. Tome 2. Elsevier SAS. Paris, 2006, 790 p.

[27] JARVIS Gerald J. Rééducation comportementale. In : BOURCIER Alain-P. et al. Dysfonctionnement du plancher pelvien. Tome 2. Elsevier SAS. Paris, 2006, 790 p.

[28] JOUFFROY Bénédicte. Indication de la rééducation périnéale post-natale, 10 mai 2006, Strasbourg, pp 75-88.

[29] KAMINA Pierre. Précis dôanatomie clinique. Tome IV. Edition Maloine. Paris, 2005, 394 p. ISBN : 2-224-02725-7

[30] LECLERC Roland. Corps de mère, corps de femme. Edition le cherche midi. 2004, 154 p.

[31] LEROI Anne-Marie. Incontinence anale et accouchement. Gyn-Obs, 1996, n°345, pp 16-19.

[32] MEYER Sylvain, GUNNAR Lose. Rééducation du plancher pelvien en urogynécologie. In : BOURCIER Alain-P. et al. Dysfonctionnement du plancher pelvien. Tome 2. Elsevier SAS. Paris, 2006, 790 p.

[33] MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Carnet de santé maternité. Paris. 2009. 45 p.

[34] ONDINE, Rééducation périnéale [plaquette informative].

[35] PIGNE A. et GAMERRE M. Anatomie fonctionnelle du périnée obstétrical. In : SERMENT G. coord. Diagnostic et traitement des troubles en uro-procto-gynécologie. Sante-communication, 1988, 381 p.

[36] RITEAU Anne-Sophie. Le périnée féminin de la superficie à la profondeur. Mémoire pour le certificat dôanatomie, dôimagerie et de morphogénèse. Nantes : Université de Nantes, 2003, 40 p.

[37] ROUANET F., VIGNE-CHAZAUD V., DE GASQUET B. Périnée de lôaccouchée à la maternité. Les dossiers de lôobstétrique, 2009, n°386, pp 18-26.

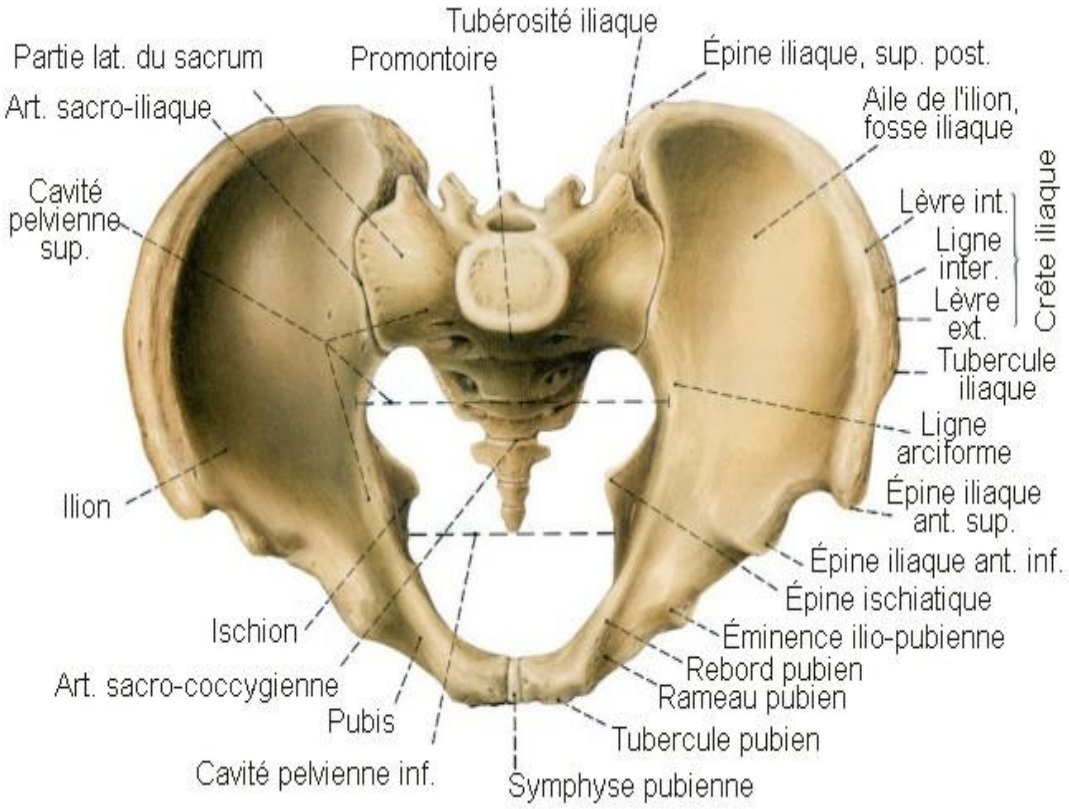
[38] STASKIN David. Dysfonctions du bas appareil urinaire chez la femme. . In : BOURCIER Alain-P. et al. Dysfonctionnement du plancher pelvien. Tome 1 . Elsevier SAS. Paris, 2006, 790 p.

[39] TRINH-DINH Dominique. Rééducationé vous avez dit sage-femme. Les dossier de lôobstétrique. 1993, n°209, p. 3-20.

ANNEXES

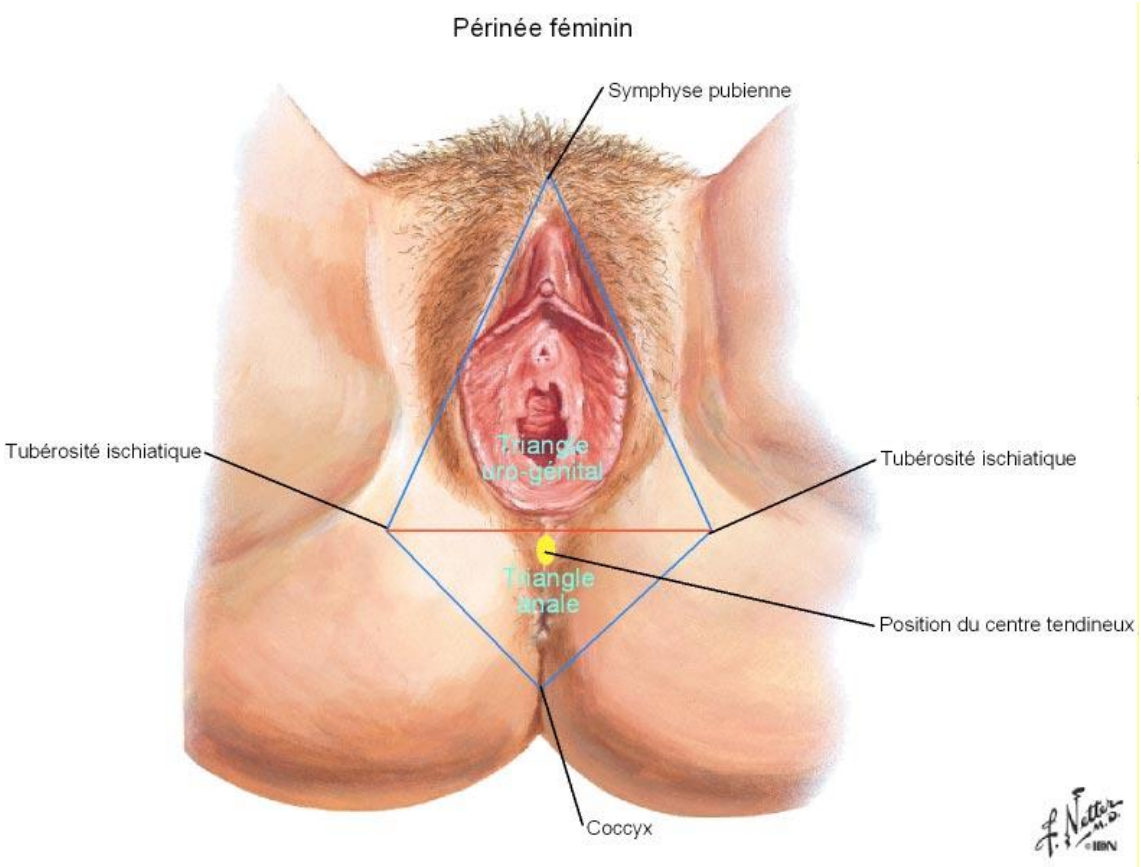
ANNEXE I

LE BASSIN OSSEUX



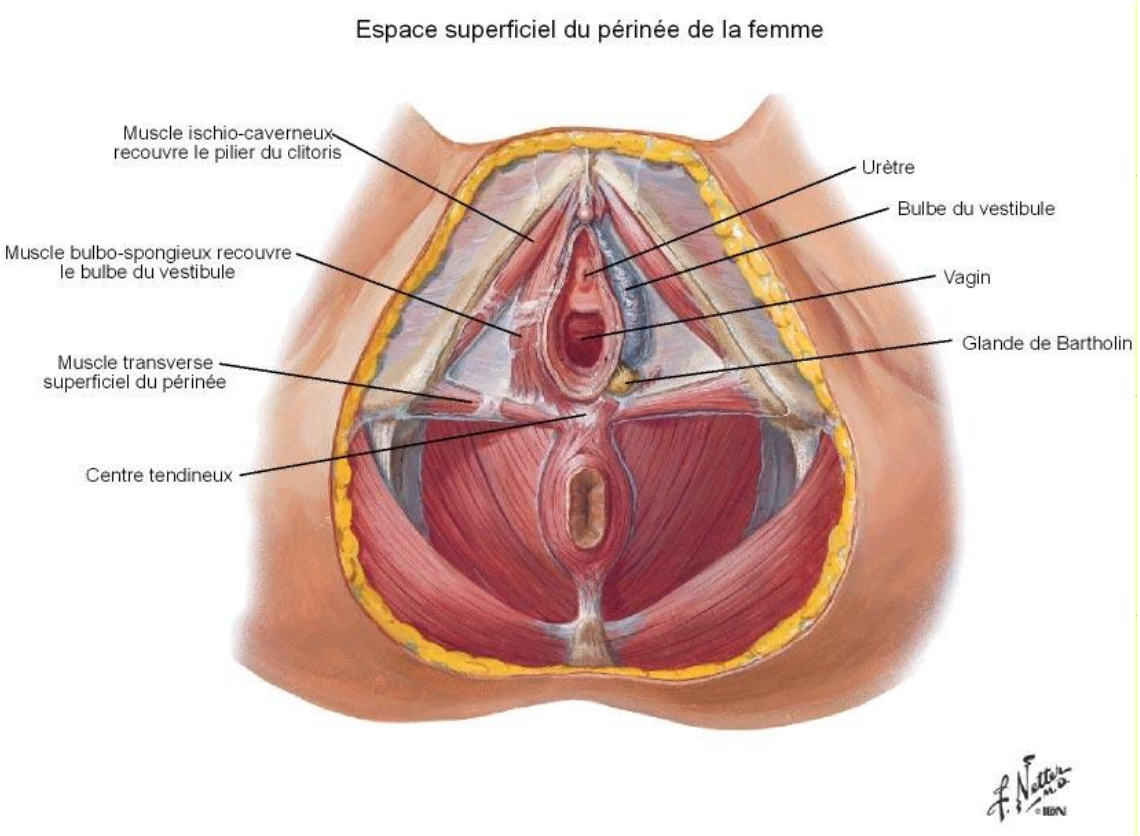
ANNEXE II

PERINEE ANTERIEUR ET POSTERIEUR



ANNEXE III

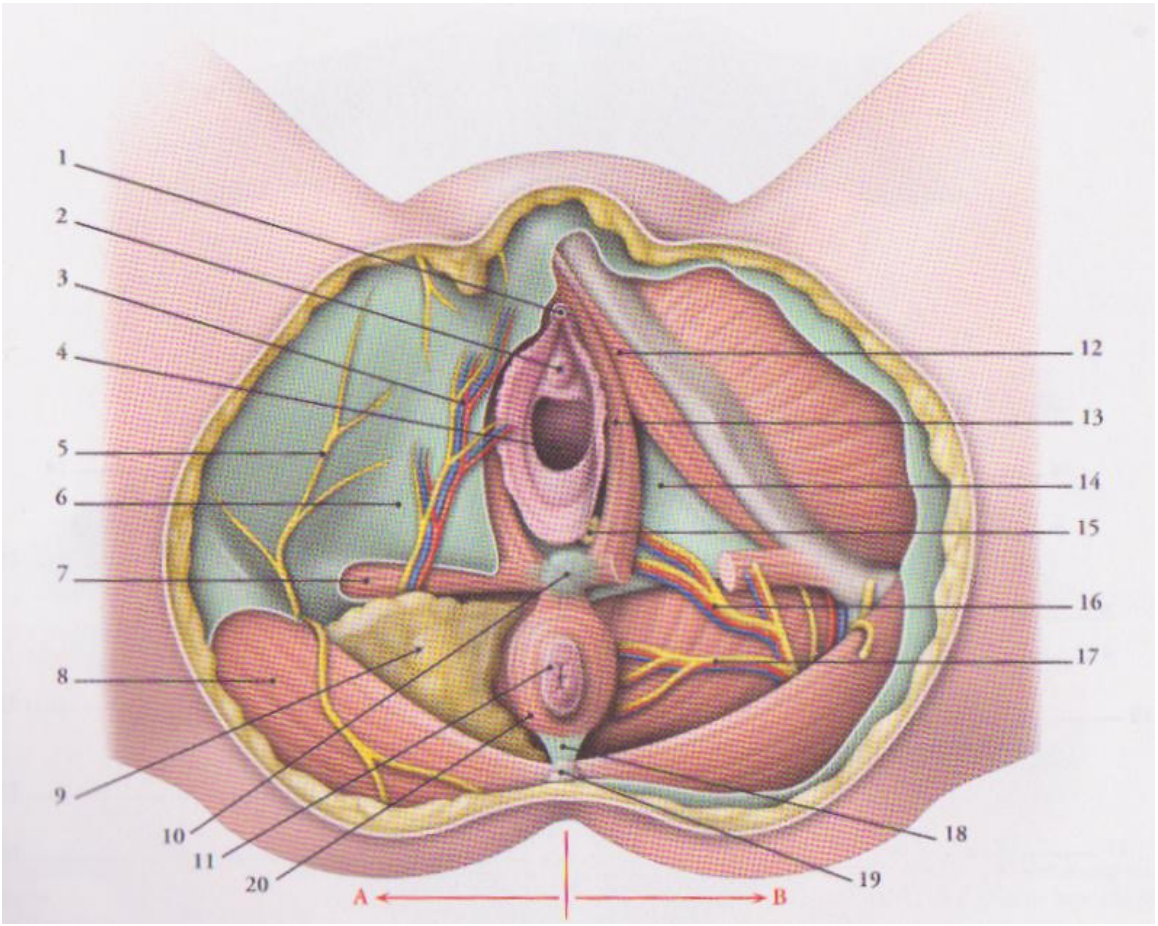
LE PERINEE SUPERFICIEL


Espace superficiel du périnée de la femme
Muscle ischio-caverneux recouvre le pilier du clitoris
Muscle bulbo-spongieux recouvre le bulbe du vestibule
Muscle transverse superficiel du périnée
Centre tendineux
Urètre
Bulbe du vestibule
Vagin
Glande de Bartholin

ANNEXE IV

LE PERINEE FEMININ (position gynécologique)

(De P. KAMINA)

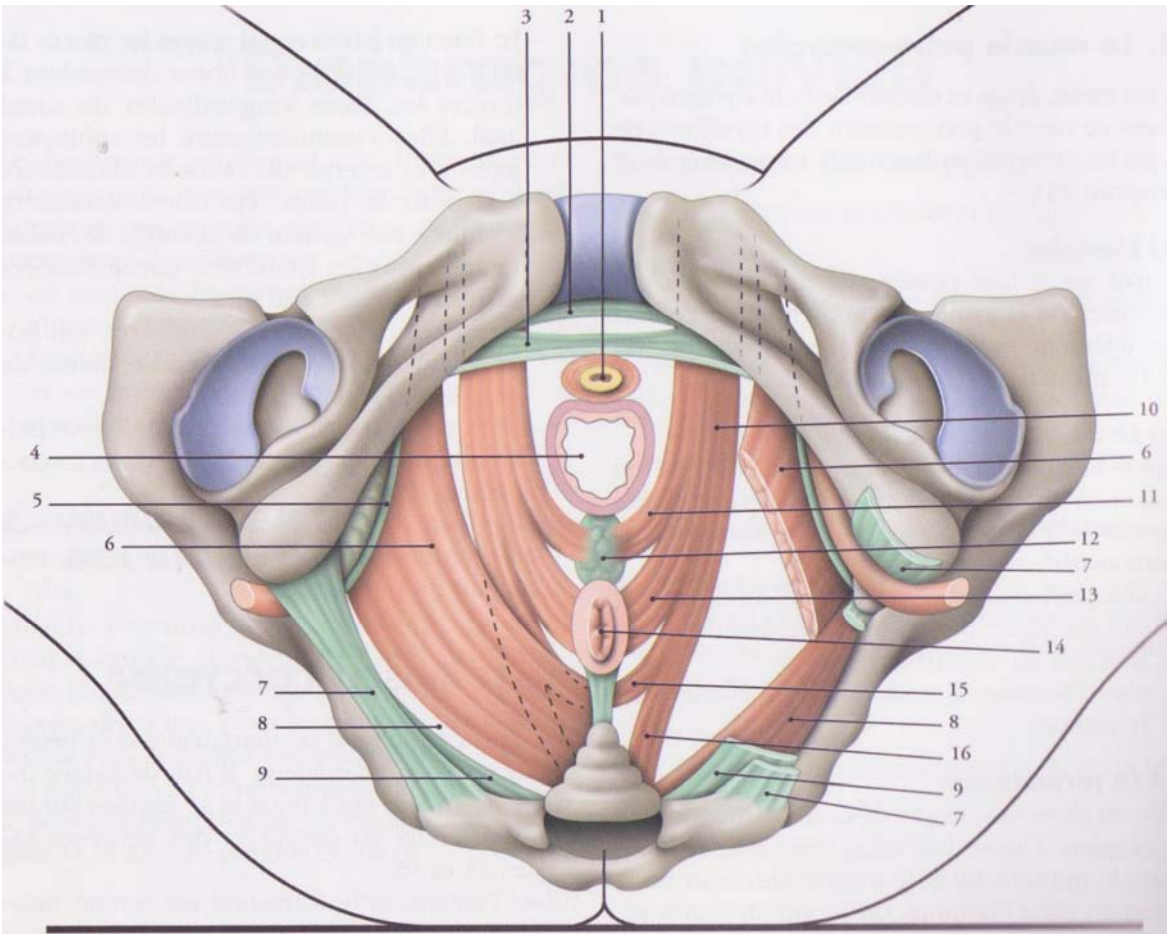


Légende :

A : Région sous-cutanée
B : Espace superficiel du périnée et fosse ischio-rectale
1 : Gland du clitoris
2 : Ostium externe de l'urètre
3 : Artère, veine et N. périnéaux superficiels
4 : Orifice vaginal
5 : Rameau périnéal du nerf cutané postérieur de la cuisse
6 : fascia superficiel du périnée
7 : Muscle transv. superficiel
8 : Muscle grand fessier
9 : Fosse ischio-rectale
10 : Centre tendineux du périnée
11 : Anus
12 : Muscle ischio-caverneux
13 : Muscle bulbo-spongieux
14 : Fascia inférieur du diaphragme urogénital
15 : Glande vestibulaire majeure
16 : Artère, veine et N. périnéaux profonds
17 : Artère, veine et N. rectaux inf
18 : Ligt. anococcygien
19 : Apex du coccyx
20 : Muscle sphincter externe de l'anus

ANNEXE V

LE DIAPHRAGME PELVIEN
(de P. Kamina)



Légende

1. Hiatus infra-pubien
2. Urètre
3. Muscle pubo-coccygien
4. Vagin
5. Muscle pubo-vaginal
6. Rectum
7. Muscle ilio-coccygien
8. Faisceau rétrorectal
9. Lig. ano-coccygien
10. Lig. Sacro-coccygien ventral
11. Lig. lacunaire
12. Lig. pectiné
13. Lig. inguinal
14. Canal obturateur
15. Arcade tendineuse du mus. élévateur de lôanus
16. Fascia du mus. obturateur interne
17. Faisceau coccygien
18. Muscle ischio-coccygien
19. Muscle piriforme

ANNEXE VI

ENTRETIEN

Numéro :

I. ETAT CIVIL

- Parité : □ Ip □ II p □ Xp
- Age : □ inf à 20 ans □ 20-29 ans □ 30-39 ans □ sup à 40 ans
- Profession :
- Niveau d'étude : □ Bep/ Cap □ Bac □ Étude sup
- Nationalité/ Origine ethnique :
- Antécédents :
  - Médicaux:
  - Chirurgicaux :
  - Obstétricaux :
  - Circonstances des précédents accouchements :

- Aviez-vous participé à des séances de préparation à la naissance lors des précédentes grossesses ?

  □ Oui □ Non

- Avez-vous déjà effectué des séances de rééducation périnéale ?

  □ Oui □ Non

  - Si non, pour quelles raisons ?
  - Si oui, combien de séances ?
  - Avec qui?

    □ Sage-femme

    □ Kinésithérapeute

II. LA GROSSESSE ACTUELLE

- Qui a suivi votre grossesse ?

  - Sage-femme
  - Gynécologue Obstétricien
  - Médecin généraliste

- Avez-vous participé à des séances de préparation à la naissance ?

  Oui Non

  Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

- Le périnée :

  - A quoi cela correspond t-il ?
  - Quel est le rôle du périnée, en dehors de lôaccouchement et de la grossesse ?
  - Comment est-il sollicité pendant lôaccouchement ?
  - Quôentraînent la grossesse et lôaccouchement sur le périnée?

- Les troubles urinaires

  Avez-vous présenté des fuites urinaires à l'effort (à l'éternuement, à la toux, lors du port de charges lourdes ou autres) pendant la grossesse ?

  Oui Non

  A quel moment de la grossesse?

  Avant 6 mois Apres 7 mois

  A quelle fréquence ?

  1 fois par semaine

  1 fois par jour

  Plus de 1 fois par jour

- Les troubles urinaires ont-ils été abordé pendant la grossesse ?

  Oui Non

  Si oui,

  Lors des visites prénatales

  Lors des séances de préparation à la naissance

  Par la patiente

→Quôavez-vous retenu des informations que lôon vous a communiqué?

- <u>Les troubles ano-rectaux</u>

  - Avez-vous présenté des troubles du maintien de selles et/ou de gaz(s) pendant la grossesse ?

    Oui Non

    Si oui,

    - Dans quelles circonstances avez-vous présenté ces troubles ?
    - À quelle fréquence ?

- Les troubles ano-rectaux ont-ils été abordé pendant la grossesse ?

  Oui Non

  Si oui,

  Lors des visites prénatales

  Lors des séances de préparations à la naissance

  Par la patiente

  →Quôavez-vous retenu des informations que lôon vous a communiqué?

- Avez-vous ressenti des problèmes de constipation en fin de grossesse ?
- Etes-vous dûun naturel constipé (en dehors de la grossesse)?

  Oui Non
- Avez-vous interrogé un professionnel, à propos de votre constipation ?

  Oui Non
- Quûavez vous mis en place pour y remédier ?

  Complément alimentaire

  Traitement médical

  Hygiène de vie

III. LôACCOUCHEMENT :

- Durée du travail :
- Analgésie péridurale :

  Oui Non
- Accouchement voie basse :

  Oui Non
- Césarienne :

  programmée urgence

  ->Pour quelle(s) raison(s) :
- Aide à l'accouchement :

ventouse forceps expression abdominale

- Périnée :

Déchirure simple Déchirure compliquée Episiotomie

- Poids de naissance de votre enfant :

IV. POST-PARTUM :

- Existence de troubles périnéo-sphinctériens :

  - Avez-vous eu des fuites urinaires ?

    Oui Non

  - Avez-vous eu des troubles ano-rectaux ?

    Oui Non

    - Dans quelles circonstances?
    - Avez-vous pu échanger avec un professionnel à ce sujet ?

      Oui Non

      Si oui,

      - ✓ Que vous a-t-il répondu ?
      - ✓ En quoi, cela vous a-t-il aidé ?
      - ✓ Quelles modifications avez-vous mis en place ?

- Constipation :

- Avez-vous ressentis des difficultés à aller à la selle après lôaccouchement ?

  Oui Non

- En avez-vous averti la sage-femme ?

  Oui Non

- Que vous a-t-elle proposé ?

  Changement de position

  Modifier le moment de la journé

  Traitement

  Autres

  -> Quel(s) traitement(s) vous a t-elle prescrit?

- Hygiène de vie :

- Vous a t-on transmis des informations par rapport au port de charges lourdes ?

 Oui Non

Si oui, savez-vous pour quelle(s) raison(s) ?

- Est ce que lôon vous a conseillé de rester plutôt debout ou assise ?

 Oui Non

Si oui, savez-vous pour quelle(s) raison(s) ?

- Vous a-t-on conseillé une alimentation particulière ?

 Oui Non

Si oui, savez-vous pour quelle(s) raison

- La rééducation périnéale :

❖ Lôutilité de la rééducation périnéales a t-elle été abordé pendant la grossesse et les suites de couches ?

 Oui Non

Si oui,

- Par quel(s) professionnels ?
- Dans quelles circonstances ?

❖ À quoi la rééducation périnéale correspond-elle pour vous ?
❖ Quand faut-il débuter la rééducation périnéale ? Pour quelle(s) raison(s) ?
❖ Est-ce que cela va pouvoir vous aider dans la vie de tous les jours ?
❖ Pensez-vous quôil y ait un effet préventif par rapport aux pathologies urinaires sur le long terme ?
❖ Chez quel(les) professionnel(s) faut-il sôadresser ?

 Sage-femme Kinésithérapeute Autres

❖ Vous a t-on proposé des exercices du périnée à effectuer dans les suites de couches immédiates ?

 Oui Non

Si oui, le(s)quel(s) ?

ANNEXE VII

Rappel sur les compétence de la sage-femme

Actes réalisés par les sages-femmes

Dâaprès la Décision du 5 février 2008 de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie relative à la liste des actes et prestations pris en charge par l'assurance maladie

Accompagnement médical de la grossesse réalisé par la sage-femme :

Cet accompagnement comporte la surveillance et le suivi médical du déroulement de la grossesse, et des activités de prévention et d'éducation pour la santé. Il implique de donner une information à l'occasion de chaque rencontre avec la femme enceinte. Ses objectifs sont de favoriser la participation active de la femme enceinte et de lui permettre de prendre, avec le professionnel de santé, les décisions concernant sa santé conformément à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades.

Examen médical de suivi de grossesse :
L'examen médical de suivi de grossesse de la femme, pratiqué au cabinet ou au domicile de la patiente et réalisé par la sage-femme, comprend :
- les examens médicaux obligatoires prénatals de la grossesse, après identification du risque et l'examen médical postnatal réalisé dans les huit semaines qui suivent l'accouchement eutocique, mentionnés aux articles R. 2122-1 à R. 2122-3 du code de la santé publique ;
- les éventuels examens médicaux intercurrents rendus nécessaires par l'état de santé de la mère et/ou du nouveau-né.

Examen médical prénatal :
Chaque consultation doit être structurée et comporter un contenu ciblé selon le stade de grossesse ; elles ont notamment en commun :
- une anamnèse ;
- un examen clinique général ;
- un examen obstétrical ;
- un diagnostic avec réévaluation du risque obstétrical ;
- la prescription d'examens biologiques obligatoires ;
- la prescription éventuelle de médicaments et/ou la délivrance de conseils d'hygiène de vie.

Examen postnatal :
Il doit permettre :
- de parler du vécu de la période périnatale ;
- de poursuivre les interventions d'aide et de soutien si nécessaire ;
- de faire un examen gynécologique, d'envisager si nécessaire une rééducation du post-partum, et aborder le mode de contraception souhaité.

Examen médical intercurrent :
Cet examen peut survenir à la demande de la femme enceinte, pour l'évaluation d'un besoin supplémentaire, ou lors de la survenue d'un événement non prévisible.
Cet examen comprend un examen clinique et, le cas échéant, une prescription médicale et/ou la prescription d'examen complémentaire.
Les examens médicaux intercurrents ne peuvent être facturés que s'ils sont réalisés entre le 1er examen médical du suivi de la grossesse et l'accouchement et entre le 8e jour suivant l'accouchement jusqu'à l'examen médical postnatal.

Préparation à la naissance et à la parentalité :

Il s'agit d'un accompagnement de la femme ou du couple, en complément de la surveillance médicale de la grossesse, destiné à favoriser leur participation active dans le projet de naissance par une cohérence des actions en continuité, de la période anténatale à la période postnatale. Cet accompagnement a pour objectif :
- de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés par une approche éducative et préventive ;
- d'apporter une information aux futurs parents sur le déroulement de la grossesse, de la naissance et de la période néonatale et sur les droits sociaux afférents à la maternité ;
- d'effectuer un travail corporel permettant d'aborder la naissance dans les meilleures conditions possibles ;
- de responsabiliser les femmes et les futurs parents en les incitant à adopter des comportements de vie favorables à leur santé et à celle de l'enfant à naître ;
- de ménager un temps d'écoute des femmes permettant aux professionnels de dépister d'éventuelles situations de vulnérabilité psychologique et sociale et de les orienter, le cas échéant, vers les professionnels compétents des champs sanitaires et sociaux.

Première séance :
Il s'agit d'un entretien individuel ou en couple adapté à chaque femme ou couple. Il doit être proposé systématiquement à la femme enceinte par le professionnel de santé qui confirme la grossesse. L'entretien peut se dérouler dès le 1er trimestre de la grossesse et fait l'objet de la rédaction d'une synthèse.
Cette séance doit permettre :
- d'identifier les besoins d'information ;
- de définir les compétences parentales à développer ;
- de faire le point sur le suivi médical et le projet de naissance ;
- de repérer les situations de vulnérabilité chez la mère et le père ;
- de donner de l'information sur l'offre de soins de proximité et sur son organisation ;
- d'orienter le cas échéant vers des dispositifs d'aide et d'accompagnement ;
- de planifier les séances prénatales (individuelles ou en groupe).

Séances suivantes :
Il s'agit de séances de mise en î uvre du programme de préparation à la naissance et à la parentalité.
Les contenus essentiels à aborder durant les séances sont sélectionnés, hiérarchisés et adaptés aux besoins et attentes de la femme ou du couple. La préparation à la naissance comprend huit séances dont la durée ne peut être inférieure à 45 minutes chacune. Le travail corporel sera évalué individuellement.

Séances de suivi postnatal :

Il s'agit de séances individuelles, au cabinet ou au domicile, par la sage-femme, comportant des actions de prévention et de suivi éducatif en cas de besoins particuliers décelés pendant toute la grossesse ou reconnus après l'accouchement chez les parents ou chez l'enfant, en réponse à des difficultés ou des situations de vulnérabilité qui perdurent ou à des demandes des parents.
En fonction des besoins de la femme ou du couple, les séances postnatales ont pour objectifs :

- de compléter les connaissances, d'accompagner les soins au nouveau-né, de soutenir la poursuite de l'allaitement ;
- de favoriser les liens d'attachement mère-enfant ;
- de s'assurer du bon développement psychomoteur de l'enfant ;
- de rechercher des signes de dépression du post-partum ;
- d'ajuster le suivi de la mère et de l'enfant en fonction des besoins, et de soutenir la parentalité.

Rééducation périnéale

Dôaprès le conseil national de lôordre des sages-femmes

Comme le précisent les dispositions de lôarticle R.4127-318 du code de la santé publique (ancien article 18 du code de déontologie), **la sage-femme est compétente pour « pratiquer la rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à l'accouchement ».**

Ainsi que lôa précisé lôAcadémie de médecine, dans sa séance du 22 mars 1994, la sage-femme est apte à exécuter ces actes de rééducation chez toutes les patientes **sauf chez les nullipares**.

La compétence de prescriptions de la sage-femme est limitée à trois mois après lôaccouchement. Ultérieurement, la prescription doit être effectuée par un médecin.

Enfin, il est à noter que, selon lôarrêté du 23 décembre 2004 (JO du 30 décembre 2004), les séances de rééducation abdominale et périnéo-sphinctérienne font partie de la liste des prestations prises en charge au titre de l'assurance maternité.

ANNEXE VIII

Projet de brochure pour informer la population sur les troubles périnéo-sphinctériens et la rééducation périnéale

Afin de préserver son périnée, il est important de suivre quelques conseils après son accouchement :

- Pour soulager des douleurs : n'oubliez la position à quatre pattes (soulager les hématomes, les douleurs d'épisiotomie et hémorroïdes, ou pour stimuler le transit…).
- Ne pas « pousser » pour aller à la selle (même en cas de constipation.).Le transit peut être lent à se remettre en place.
- Limiter vos stations debout.
- Ne pas porter de charges lourdes pour ne pas forcer sur les muscles abdominaux..
- N'oubliez pas d'avoir une alimentation équilibrée (boire 1,5L d'eau par jour, des légumes, des fruits à chaque repas…).
- Ne pas faire de sport avant d'avoir effectuer la rééducation périnéale (équitation, jogging, abdominaux…).

Pour toutes informations complémentaires, n'hésitez pas à demander conseil à votre sage-femme ou à votre gynécologue obstétricien.

Document réalisé par
LECUIVRE Solenne
Dans le cadre de son mémoire de fin d'étude de sage-femme

MARS 2010

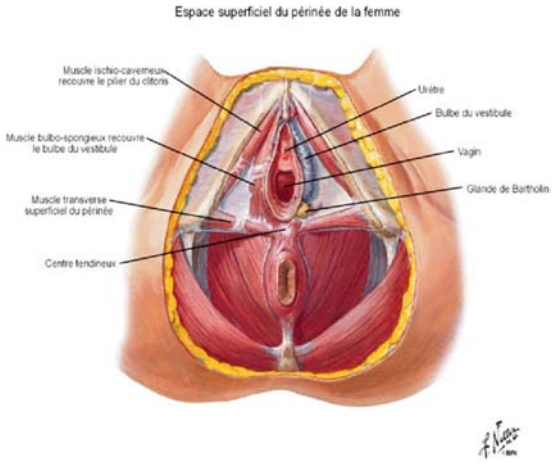
INFORMATION

TROUBLES PÉRINÉO-SPHINCTÉRIENS ET RÉÉDUCATION PÉRINÉALE

LE PERINEE

Il s'agit d'un ensemble de muscles, ligaments et membranes, formant une sorte de hamac qui sont situés dans le petit bassin.

Les fonctions du périnée sont essentiellement de soutenir les organes (vessie, vagin, rectum) et de permettre d'éliminer (urines, selles).


Espace superficiel du périnée de la femme
Muscle ischio-caverneux recouvre le pilier du clitoris
Muscle bulbo-spongieux recouvre le bulbe du vestibule
Muscle transverse superficiel du périnée
Centre tendineux
Urètre
Bulbe du vestibule
Vagin
Glande de Bartholin

Le périnée féminin

LES TROUBLES PERINEO-SPHINCTERIENS

La grossesse et l'accouchement vont provoquer un **relâchement du périnée**. La césarienne n'a aucun effet préventif du fait du poids du fœtus sur le périnée, durant toute la grossesse.

Il est possible d'avoir des **difficultés pour retenir ses urines, ses gaz et/ou ses selles.**

Si vous ressentez ces troubles dit périnéo -sphinctériens pendant ou après votre grossesse, informez en votre médecin traitant, votre sage-femme ou votre médecin gynécologue obstétricien.

Circonstances : toux, éternuement, port de charges lourdes, rire et efforts violents.

LA REEDUCATION PERINEALE

La rééducation périnéale consiste à effectuer des exercices de contractions des muscles du périnée et du muscle releveur de l'anus

Il est possible de la pratiquer dès la grossesse en cas de troubles importants.

Cette rééducation permet de **retrouver une vie sexuelle satisfaisante après l'accouchement, améliorer la continence urinaire et prévenir des prolapsus** (« descente d'organes ») qui peuvent arriver à la ménopause, sous l'effet des modifications hormonales.

Elle est prescrite, **lors de la visite post-natale**, qui s'effectue 6 à 8 semaines après l'accouchement. La sécurité sociale la rembourse intégralement.

4ème de Couverture

La sage-femme est un interlocuteur privilégié de la femme durant la grossesse, lôaccouchement et les suites de couches.

Elle est qualifiée pour lui apporter des informations adaptées, claires et concises sur les troubles périnéo-sphinctériens et sur la nécessité dôeffectuer des séances de rééducation périnéale. La grossesse et l'accouchement (et plus particulièrement l'accouchement dystocique) sont des facteurs responsables ou favorisant de la plupart des prolapsus et des troubles périnéo-sphinctériens. Notre rôle de sage-femme est dôen informer nos patientes.

Des entretiens réalisés la veille de la sortie des femmes des services de suites de couches, ont évalué leurs connaissances et les informations qui leur sont transmises pendant la grossesse et le post-partum immédiat. Les connaissances des femmes concernant les troubles périnéo-sphinctériens et la rééducation périnéale restent incomplètes.

Les professionnels de santé abordent trop rarement ce sujet avec leurs patientes. Les accouchées ne sont pas suffisamment informées du rôle de leur périnée, de son atteinte après une grossesse et un accouchement, et de la nécessité dôeffectuer des séances de rééducation périnéale. Afin dôoptimiser la prise en charge des troubles périnéo-sphinctériens, il paraît essentiel de vaincre les tabous, et de questionner directement les patientes sur ces troubles lors des consultations pendant la grossesse et quotidiennement lors de la visite de la sage-femme en suites de couches. Il faudrait également améliorer les outils dôinformation, et de créer un climat de confiance entre les femmes et les professionnels de la naissance afin de palier aux conséquences sur leur organisme, de la grossesse et de lôaccouchement.